

529
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 19 Juillet 1898, à heure

PAR

Maurice PINAULT

ANCIEN INTERNE PROVISOIRE DES HÔPITAUX DE PARIS

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

DES

Luxations ovalaires de la hanche

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. { GILBERT, professeur.
THIÉRY, agrégé.
RICARD, agrégé.

*Le Candidat répondra en outre aux questions qui lui seront
faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 19 Juillet 1898, à heure

PAR

Maurice PINAULT

ANCIEN INTERNE PROVISoire DES HÔPITAUX DE PARIS

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

DES

Luxations ovalaires de la hanche

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. { GILBERT, professeur.
THIÉRY, agrégé.
RICARD, agrégé.

*Le Candidat répondra en outre aux questions qui lui seront
faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

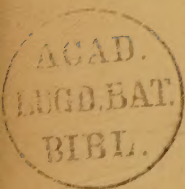
PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1898



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE
	{ DIEULAFOY.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique chirurgicale	{ TILLAUX.
	{ BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	{ BUDIN.
	{ PINARD.

Agrévés en exercice

MM. ACHARD	MM. GAUCHER	MM. MARIE	MM. SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MENETRIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER	TUFFIER
BONNAIRE	GLEYS	POIRIER, chef	VARNIER
BROCA	HARTMANN	des travaux	WALTHER
CHASSEVENT	HEIM	anatomiques	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTERER	WIDAL
DELBET	LETULLE	RICARD	WURTZ
	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON REGRETTÉ PÈRE

LE DOCTEUR ARMAND PINAULT

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

A MON CHER MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

—
MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIEN DE LA CHARITÉ

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON CHER MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR POLAILLON

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Parmi les diverses variétés de luxations de la hanche, la variété ovulaire, désignée encore sous les noms de luxation obturatrice, ischio-pubienne, sous-pubienne, est une des plus rares. Les observations de luxation ovulaire de la hanche publiées sont peu nombreuses. Les observations avec autopsie, et surtout avec autopsie de luxation récente, sont tout-à-fait exceptionnelles ; à peine en compte-t-on quelques cas dans la science.

Notre ami M. le docteur Sourdille, actuellement professeur à l'École de médecine de Nantes, ancien interne des hôpitaux de Paris, a eu l'obligeance de nous communiquer une observation avec autopsie d'un cas de luxation ovulaire de la hanche, recueillie dans le service de notre maître M. le docteur Polaillon, à l'Hôtel-Dieu. Ce qui fait le principal intérêt de cette autopsie, c'est qu'il s'agit d'une autopsie de luxation récente, n'ayant subi aucune tentative de réduction.

Le blessé, qui fait le sujet de cette observation, était tombé de la hauteur d'un troisième étage, et avait été immédiatement amené à l'Hôtel-Dieu. A son arrivée à l'hôpital, il était dans le collapsus le plus complet, et avait succombé environ une demi-heure après, sans avoir repris connaissance, par suite de lésions viscérales multiples. Outre diverses plaies contuses de la tête et du corps, il présentait une luxation ovulaire de la hanche, qu'il était facile de diagnostiquer, mais pour laquelle, bien entendu, il ne fut fait aucune tentative de réduction, en raison de la gravité de l'état général. Aussi l'autopsie, pratiquée le surlendemain de l'accident, permit-elle

de se faire une idée exacte des lésions, qui caractérisent ce traumatisme rare de la hanche.

Cette observation constitue une véritable rareté chirurgicale, et, en matière de luxations aussi peu fréquentes, on a bien rarement l'occasion d'étudier les lésions produites par un traumatisme récent. Aussi avons-nous jugé intéressant de profiter de cette observation exceptionnelle, pour faire ressortir les caractères principaux de cette affection, et essayer d'éclaircir les quelques points, qui sont encore en litige. Nous n'envisagerons que les luxations de cause traumatique. La première partie de ce travail sera consacrée aux luxations récentes. La description des lésions anatomiques nous occupera tout d'abord. La question de la longueur du membre a été longtemps l'objet d'opinions les plus contradictoires de la part des divers auteurs qui se sont occupés de cette question ; nous verrons, dans le chapitre consacré à la Clinique, ce qu'il faut penser, selon nous, de ces contradictions. Nous n'insisterons pas sur l'étude détaillée du diagnostic différentiel, qui est en général facile, ni sur les descriptions des différents procédés de réduction, qui ont été successivement employés par les chirurgiens ; il nous suffira de déduire, de l'étude anatomo-pathologique, les principes rationnels qui doivent présider à la manœuvre.

Enfin, élargissant le cadre de notre modeste travail, nous verrons, dans une deuxième partie, ce que deviennent, au point de vue anatomo-pathologique et clinique, ces luxations, lorsqu'elles sont abandonnées à elles-mêmes. A l'époque où nous avions l'honneur d'être attaché au service de notre maître M. le professeur Tillaux, à l'Hôtel-Dieu, nous avons eu l'occasion d'observer un cas de luxation ovale ancienne de la hanche. Nous avons pu constater l'état d'infirmité considérable dans lequel se trouvent ordinairement les blessés, lorsque cette affection n'est pas traitée à temps, et nous avons été vivement frappé des résultats absolument parfaits, obtenus à la suite de l'opération pratiquée par notre maître. Les lux-

tions ovalaires anciennes, irréductibles, en raison des troubles profonds qu'elles apportent dans la fonction du membre, sont en effet justiciables d'une intervention sanglante.

L'intervention chirurgicale dans les luxations anciennes de la hanche est une question à l'ordre du jour. Nous n'avons pas la prétention de traiter ici, d'une façon aussi rapide, cette importante question. Qu'il nous soit permis seulement, à propos de l'étude des luxations ovalaires anciennes, de faire, dans un dernier chapitre, un rapide exposé des résultats obtenus par quelques-uns des procédés opératoires, qui ont été successivement employés dans le traitement de cette variété rare de luxation ancienne.

Avant de commencer notre travail, nous tenons à adresser l'hommage de nos remerciements à nos maîtres dans les hôpitaux.

M. le professeur Tillaux, dont nous sommes heureux d'avoir été l'externe, en nous faisant l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, nous donne une nouvelle marque de la grande bienveillance qu'il nous a constamment témoignée au cours de nos études médicales. Nous lui adressons l'expression de notre profonde reconnaissance.

M. le docteur Polaillon, nous a fait l'honneur de nous confier les fonctions d'interne dans son service à l'Hôtel-Dieu : nous le remercions vivement de nous avoir honoré de sa confiance, et nous sommes heureux de pouvoir lui adresser ici l'expression de notre profonde reconnaissance pour la bienveillante sympathie, dont il nous a donné de précieux témoignages.

Nous sommes particulièrement reconnaissant à MM. les docteurs Walther et Arron de la bienveillance et de la sympathie qu'ils ont toujours montrées à notre égard.

Nous prions MM. les docteurs Chauffard, Letulle, Balzer, Maygrier, Routier, dont nous sommes heureux d'avoir été l'externe, d'agréer l'hommage de notre profonde gratitude pour la bienveillance qu'ils nous ont constamment témoignée.

Nous remercions vivement M. le docteur Thirolaix de l'intérêt qu'il nous a toujours porté, au cours de nos études.

Nous sommes profondément reconnaissant à notre compatriote et ami M. le docteur Louis Guinon, de l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné dans le cours de nos études, en nous guidant de ses conseils.

Enfin, nous adressons nos sincères remerciements à notre ami M. le docteur Sourdille, qui a eu l'obligeance de nous fournir les principaux éléments de ce travail. L'observation vraiment exceptionnelle qu'il a obligeamment mise à notre disposition, jointe à l'observation si intéressante du blessé, que nous avons eu la bonne fortune d'observer dans le service de notre maître M. le professeur Tillaux, nous a permis de mener à bonne fin notre travail.

PREMIÈRE PARTIE

LUXATIONS RÉCENTES

CHAPITRE PREMIER

Anatomie pathologique

Nous nous occuperons tout d'abord des rapports anormaux, que contracte ordinairement la tête fémorale, ainsi que le col et le grand trochanter, dans la luxation ovale. Nous décrirons ensuite l'état habituel de la capsule articulaire et des ligaments, et nous insisterons à ce propos sur le rôle physiologique des débris capsulaires et du ligament de Bertin ou faisceau interne du ligament iléo-fémoral. Enfin, nous terminerons cet exposé anatomo-pathologique par la description des lésions de voisinage les plus habituelles, et l'état des muscles péri-articulaires.

Tête fémorale. — La luxation ovale est une des deux variétés du groupe de luxations, décrites par les auteurs sous le nom de luxations en avant, l'autre variété étant représentée par la luxation iléo-pubienne. Dans cette dernière variété, la tête fémorale remonte au devant du pubis; dans la variété

ovalaire au contraire, la tête luxée reste fixée dans le plan du trou obturateur, et se met en rapport, soit avec les diverses parties molles qui comblent ce trou, soit avec les parois osseuses qui lui servent de limites, avec les différentes parties en un mot de la région anatomique désignée sous le nom de région ischio-pubienne ou fosse ovale. La luxation ovalaire représente donc en quelque sorte la variété basse des luxations en avant. Dans cette variété, la tête se trouve située en dedans et au-dessous du cotyle, et affecte, avec les différentes portions de l'os iliaque situées à ce niveau, des rapports variables suivant l'étendue de son déplacement.

Et tout d'abord, existe-il des luxations incomplètes ? Malgaigne (1) admet la division en luxations complètes et luxations incomplètes, et, selon lui, dans la majorité des cas, la luxation ovalaire serait incomplète. Toutefois, cette dernière opinion ne semble être en grande partie justifiée, que par les résultats de l'expérimentation cadavérique. La plupart des autopsies de luxations ovalaires, rapportées par Malgaigne, sont des autopsies de luxations plus ou moins anciennes, dans lesquelles l'état avancé des lésions ne permettait de juger du déplacement primitif de la tête que d'une façon bien imparfaite. Il en est de même de quelques relations d'autopsies après réduction de luxations ovalaires récentes rapportées par Malgaigne, elles ne sauraient constituer des exemples absolument nets de luxations incomplètes. Bigelow (2) admet avec Malgaigne que les luxations peuvent rester incomplètes, et, selon lui, les légères différences, que l'on observe dans l'attitude générale de la cuisse qui est la même pour chaque variété de luxation, seraient dans chaque cas en rapport avec l'étendue plus ou moins grande du déplacement de la tête. Hamilton (3) croit avoir rencontré deux cas d'engagement de la tête dans l'échancre cotyloïde, mais il ajoute que le diagnostic est resté

(1) Malgaigne. — Traité des luxations.

(2) Bigelow. — Philadelphie, 1869.

(3) Hamilton. — Traité des luxations.

douteux ; il s'agissait d'ailleurs d'un déplacement consécutif à une coxalgie.

Dans la luxation incomplète, la tête du fémur, sortie de la cavité cotyloïde, n'abandonne pas le rebord cotyloïdien. On conçoit difficilement à priori, que la tête fémorale puisse ainsi se tenir en équilibre sur le rebord du cotyle. Cependant, la résistance et la disposition de la capsule, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, expliquent la production des luxations incomplètes. Notre maître, M. le professeur Tillaux, qui avait autrefois démontré expérimentalement la condition anatomique de la luxation ischiatique incomplète, a pu vérifier, il y a quelques années, au cours d'une autopsie (1), l'exactitude de sa démonstration. Mais si la possibilité et l'existence des luxations incomplètes de la hanche ne sauraient être contestées, en ce qui concerne la variété ovale, la luxation incomplète est rare cliniquement et la luxation complète semble bien être la plus fréquente.

En effet, dans la plupart des observations, où la situation de la tête a été notée d'une façon précise, on voit que, dans la majorité des cas, elle se trouve entièrement située dans la fosse ovale. Dans l'observation de M. Sourdille (2) (Obs. I), la tête est située sous la peau et l'aponévrose superficielle, elle repose sur le muscle obturateur externe, et empiète légèrement sur la face antérieure du pubis et de sa branche descendante. Dans une autopsie de luxation ovale récente, n'ayant subi aucune tentative de réduction, M. Duboué (3) (Obs. II) a également constaté que la tête ne reposait sur le rebord cotyloïdien par aucun point de sa circonférence ; elle était située au-dessous de la branche ischio-pubienne, sur le muscle obturateur externe, elle reposait sur ce muscle par sa partie postérieure et était recouverte en avant par le pectiné et le premier adducteur. Dans une autopsie, pratiquée cinq jours

(1) Tillaux. — Médecine moderne, 1893. Août.

(2) Sourdille. — Bulletin de la Société anatomique, mai 1895.

(3) Duboué. — Société anatomique, 1899.

après la réduction, Verhaege (1) (Obs. III) a noté une extravasation sanguine assez considérable dans le tissu cellulaire compris entre les muscles pectiné et obturateur externe ; une portion de ce tissu était en outre lacérée, ce qui semble indiquer que la tête avait occupé cette place avant la réduction. De même Schinzinger (2) (Obs. IV), dans une autopsie pratiquée le lendemain de la réduction, a constaté une extravasation sanguine dans le même point.

Dans une observation de luxation ancienne, rapportée par Malgaigne, la tête était située au-dessous de l'obturateur externe ; il va sans dire que cette disposition, quand elle se présente, doit créer de grandes difficultés pour la réduction de l'extrémité luxée, mais il convient d'ajouter qu'elle est exceptionnelle. Dans l'immense majorité des cas, la tête repose au-devant du muscle obturateur externe ; elle peut se fixer à des hauteurs variables dans le plan du trou obturateur, empiéter plus ou moins sur la face antérieure du pubis et de la branche ischio-pubienne, voire même rester fixée au périnée et faire saillie de ce côté.

Malgaigne, dans son *Traité des Luxations*, fait de la luxation périnéale une variété spéciale ; il en rapporte trois exemples empruntés à Amblard, Parker et Pope. Dans le premier cas, la tête faisait saillie au périnée, vers l'union de la branche descendante du pubis et ascendante de l'ischion. Dans le second cas, elle était située derrière le scrotum, au voisinage du bulbe de l'urèthre. Enfin, dans le cas de Pope, elle soulevait le raphé du périnée. De tels déplacements sont rares. Suivant Riedinger (3), qui a observé plusieurs cas de luxations périnéales, la tête ne reste le plus souvent qu'au voisinage du périnée, son sommet seul s'approche de la ligne médiane.

La luxation périnéale ne constitue pas à proprement parler une variété spéciale, elle rentre dans le cadre des luxations ovalaires, dont elle est une forme exceptionnelle. Si l'on

(1) Verhaege. — *Revue médico-chirurgicale*, t. X, p. 146.

(2) Schinzinger. — *Wiener Medical Presse*, 1880.

(3) Riedinger. *München Med. Wochenschrift*, 1892, n° 33.

admet que la tête se dirige primitivement vers le point où elle se fixera ; sous l'influence du traumatisme, elle descendra obliquement en dedans et en bas du cotyle, jusque sur le périnée, et la luxation périnéale pourra être considérée comme une exagération de la luxation ovulaire. Si l'on admet, au contraire, que le plus souvent la tête descend au-dessous du cotyle avant de remonter dans le plan du trou obturateur, la luxation périnéale sera le premier terme de la luxation en dedans, et, si elle est exceptionnelle, c'est que la tête, dans la majorité des cas, remonte dans le plan du trou ovale et reste bien rarement fixée au périnée.

En somme, si l'on considère la luxation périnéale comme le premier degré d'une série de déplacements, dont la variété ilio-pubienne est le dernier terme, on voit que la luxation ovulaire pourrait se décomposer en un certain nombre de sous-variétés, suivant les points où se fixe l'extrémité osseuse déplacée, et, entre la luxation périnéale et la luxation ilio-pubienne, on pourrait ranger toute une série de degrés intermédiaires, suivant que la tête affecte des rapports plus intimes avec l'une ou l'autre des différentes parties osseuses, pubis, branche ischio-pubienne, etc., qui limitent le trou obturateur.

Col du fémur et grand trochanter. — Le col du fémur et le grand trochanter affectent des rapports variables, suivant le déplacement de la tête. Comme cette dernière, le col repose le plus souvent sur le muscle obturateur externe, et dans les cas où la tête n'est pas trop éloignée du cotyle, il peut rester en rapport avec le sourcil cotyloïdien, dans une étendue plus ou moins considérable. Dans l'observation de M. Sourdille, le col repose en majeure partie sur le muscle obturateur externe, et, par une faible portion de sa partie externe, sur le bourrelet cotyloïdien. En avant, le col est le plus souvent en rapport avec les vaisseaux fémoraux et le nerf crural, qu'il soulève. Il est, de plus, en rapport direct avec le tendon du psoas, qui est tendu au devant de lui et l'applique sur la paroi de la fosse ovale.

Les rapports anormaux, qu'affecte le grand trochanter, sont importants à noter, et leur détermination sur le vivant, quand elle est possible, devient, ainsi que nous le verrons plus loin, un élément de diagnostic de premier ordre. Ces rapports sont variables. Il peut être situé en entier dans l'intérieur même de la cavité cotyloïde ; parfois son bord supérieur repose sur le rebord inférieur du cotyle, tandis que son extrémité postéro-supérieure se trouve située dans la gouttière sous-cotyloïdienne. Enfin, il peut être situé tout entier au-dessous du sourcil cotyloïdien. Dans l'autopsie, pratiquée par M. Sourdille, le bord supérieur du grand trochanter était à cheval sur la partie inférieure du sourcil cotyloïdien, un peu en arrière de l'échancrure ischio-pubienne, il pénétrait par sa moitié antérieure dans la cavité cotyloïde, tandis que son angle postéro-supérieur était reçu dans la gouttière sous-cotyloïdienne de l'ischion. Dans l'observation de M. Duboué, (Obs. II) au contraire, le grand trochanter était tout entier situé au-dessous du cotyle ; il correspondait au milieu de l'espace compris entre la tubérosité de l'ischion et la cavité cotyloïde, toutefois il était plus proche de cette dernière. Des considérations qui précèdent nous retiendrons que, par suite de la situation habituelle du col et du grand trochanter, l'extrémité supérieure du fémur, dans la majorité des cas, vient se heurter contre le rebord cotyloïdien, qui s'oppose à son ascension et à la rentrée de la tête dans la cavité cotyloïde.

Capsule articulaire. Ligament de Bertin. — On sait que la capsule articulaire de la hanche présente une épaisseur et une résistance très différentes, suivant les points où on la considère. En avant, elle est renforcée par le puissant ligament en Y ou ligament iléo-fémoral. Son épaisseur en haut est assez forte, et peut atteindre un centimètre ; en bas et en arrière, elle est infiniment plus mince.

La capsule se laisse ordinairement déchirer à sa partie inférieure, qui est la moins résistante. Dans la variété de

luxation qui nous occupe, la déchirure peut porter sur la partie antéro-inférieure de la capsule; dans ce cas, la tête, sortie de sa cavité de réception, se dirige obliquement en bas et en avant, pour aller se fixer dans le plan du trou obturateur en des points variables suivant l'étendue de la déchirure capsulaire. Mais ce n'est pas le cas le plus ordinaire. Ainsi que l'a montré Bigelow, la déchirure capsulaire siège, dans tous les cas, directement en bas, et la tête descend immédiatement au-dessous de la cavité cotyloïde; de cette position primitive, elle se porte en dehors ou en dedans, suivant les cas; si elle se porte en dedans, elle descend vers le périnée, et remonte ensuite dans le plan du trou ovale, en déchirant la capsule le long du bord antérieur du cotyle. C'est ainsi que le plus souvent, dans la luxation ovale, la déchirure capsulaire est large et occupe parfois toute sa demi-circonférence antéro-inférieure. Dans l'autopsie pratiquée par M. Sourdille, les deux extrémités de la déchirure capsulaire étaient situées sur une ligne oblique, tirée de l'épine iliaque antéro-inférieure à un point saillant à cinq millimètres en arrière de la corne postérieure de l'échancrure ischio-pubienne. Le plus ordinairement la déchirure se fait au ras du bourrelet cotyloïdien, la déchirure à l'insertion fémorale est rare.

La brièveté et la résistance de la capsule expliquent le mécanisme de production des luxations incomplètes. Ces dernières peuvent résulter de ce que la capsule, déchirée seulement dans l'étendue nécessaire pour laisser passer la tête, la retient comme dans une boutonnière; ou bien la déchirure de la capsule, tout en permettant la sortie de la tête, n'est pas suffisamment étendue, et la résistance des portions capsulaires intactes s'oppose au déplacement de la tête, et l'empêche de s'éloigner du bourrelet cotyloïdien.

Notre maître M. le professeur Tillaux (1) avait démontré expérimentalement, que la luxation ischiatique incomplète se

(1) Tillaux. — Recherches expérimentales sur les luxations de la hanche, 1876.

produisait avec une déchirure capsulaire en bas et en arrière, et que, pour obtenir une variété ischiatique complète, il fallait inciser de plus la partie antérieure de la capsule. Il avait ainsi posé, comme condition anatomique de la luxation ischiatique incomplète, la rupture de la capsule en bas et en arrière, et son intégrité en avant et en haut, et la clinique lui a donné raison, ainsi qu'en témoigne le cas de luxation ischiatique incomplète qu'il eut l'occasion d'observer à l'autopsie (1).

En général les luxations incomplètes s'obtiennent facilement dans l'expérimentation cadavérique; en clinique, au contraire, les luxations de la hanche succédant ordinairement à des traumatismes d'une grande intensité, la capsule est d'emblée déchirée dans une étendue plus ou moins grande, et la luxation complète est celle qu'on observe le plus souvent. Pour ce qui est de la luxation ovale, il résulte de son mécanisme habituel et de sa condition anatomique, que la tête reste bien rarement fixée au niveau du point où elle sort de la cavité cotyloïde, et qu'elle ne peut être qu'arrêtée, du fait de la résistance opposée par la partie antérieure de la capsule, dans le mouvement ascensionnel qu'elle accomplit; consécutivement au traumatisme, dans la fosse ovale. La luxation incomplète n'est le plus souvent que momentanée, et la luxation complète est celle qui est le plus fréquemment observée en clinique.

C'est à la capsule, que M. Tillaux attribue le rôle primordial, dans la différenciation des luxations coxo-fémorales. Pour lui, tout se réduit à savoir dans quelle étendue, et sur quels points elle s'est déchirée. Dans la luxation ovale, la capsule présente, outre la déchirure ordinaire à la partie inférieure, une déchirure plus ou moins étendue de sa partie antéro-interne; elle est ordinairement intacte dans sa partie postérieure et supérieure. Dans l'immense majorité des cas, la capsule n'est donc déchirée que dans une partie déterminée de son étendue, et ce sont les portions de capsule intacte qui,

(1) Médecine Moderne, 1893, Août.

d'après les expériences de notre maître M. le professeur Tillaux, fixent les espèces, et limitent le déplacement de la tête. C'est ainsi que, dans la luxation ovalaire, le degré d'ascension de la tête est mesuré par l'étendue plus ou moins grande de la déchirure capsulaire dans sa portion antéro-interne, et la lèvre antérieure de la déchirure capsulaire contribue à maintenir la tête dans sa position fixe, en l'empêchant de remonter plus haut. Mais si la capsule joue un rôle important dans la détermination des luxations de la hanche, ainsi que le fait remarquer notre maître M. le professeur Tillaux, ce n'est là qu'un effet purement passif, et la capsule est incapable, par elle-même, de produire une variété plutôt qu'une autre; son rôle ne commence que lorsque la luxation est produite. Dès lors, on conçoit que les portions de capsule intacte interviennent pour maintenir la tête dans sa nouvelle position, et empêcher que l'espèce de luxation produite ne se change en une autre. Aussi ne peut-on expliquer que par une déchirure exceptionnellement étendue de la capsule, l'observation rapportée par Axenfeld d'une luxation, qui était à volonté iliaque ou ovalaire (1). Il n'en va pas de même du passage de la tête de la position ischiatique dans le plan du trou sous-pubien et de son retour à sa position postérieure. Dans les deux variétés ischiatique et ovalaire, la tête occupe une situation basse, sur un plan sensiblement horizontal, et la luxation ischiatique présente une déchirure capsulaire commune avec l'ovalaire; aussi conçoit-on qu'en modifiant l'attitude du membre qui est inverse dans les deux cas on puisse, avec la plus grande facilité, transformer une luxation ischiatique en ovalaire et réciproquement; et de fait cette transformation s'opère souvent dans les manœuvres de réduction, la tête glisse alors dans la gouttière sous-cotyloïdienne, tandis que le fémur est soutenu par le ligament de Bertin et la partie supérieure de la capsule.

Dans l'étude du rôle physiologique de l'appareil capsulaire,

(1) Bulletin de la Société Anatomique, 1854.

Le ligament en Y mérite une mention spéciale. Bigelow attache à l'action de ce ligament une importance telle, que pour lui, les luxations sont régulières ou irrégulières, suivant que le ligament est intact ou altéré. Le faisceau interne de ce ligament ou ligament de Bertin est surtout puissant; il est représenté par cette longue bande fibreuse qui s'étend de l'épine iliaque antérieure et inférieure au petit trochanter. Il est presque toujours conservé dans les déplacements les plus étendus de l'extrémité fémorale, et, sur le cadavre, il permet à la tête d'atteindre en dedans la branche ascendante de l'ischion; il est ordinairement très tendu, et il ne se rompt que dans des circonstances tout à fait exceptionnelles. Aussi conçoit-on qu'il doive jouer un rôle important dans la physiologie pathologique des luxations de la hanche.

C'est le ligament en Y qui immobilise et suspend les trochanters, pendant que la tête fémorale descend au-dessous du cotyle. C'est encore lui qui les soutient, pendant que la tête accomplit son mouvement de bas en haut vers la fosse ovale, jusqu'à ce que le grand trochanter, suspendu en dehors, trouve un point d'appui sur l'acétabulum, et que les muscles adducteurs deviennent tendus. Lorsque le déplacement de l'extrémité fémorale est terminé, et que la tête a pris une position fixe, le ligament de Bertin ou faisceau interne du ligament iléo-fémoral, tendu au maximum, continue à attirer en haut et en dehors le corps du fémur, en lui faisant subir un léger mouvement de rotation dans le même sens. Il conserve toute sa puissance d'action, par suite de l'appui solide que prennent le grand trochanter et le col sur le rebord cotyloïdien où ils sont immobilisés, et aussi parce que la lèvre antérieure de la déchirure capsulaire empêche la tête de remonter. Dans ces conditions, l'extrémité luxée se trouve immobilisée, et le membre conserve son attitude; car le fémur, attiré en haut et en dehors par l'inextensible ligament, ne pourra être porté en dedans à cause de l'immobilité du grand trochanter; par suite de la même circonstance, le mouvement de rotation interne du

fémur sera impossible, et le col ne pourra être abaissé, si la tête ne remonte pas.

Le ligament de Bertin joue donc un rôle considérable dans la production et le maintien de l'attitude du membre. Bigelow a insisté particulièrement sur la puissance du faisceau interne du ligament iléo-fémoral, et son importance dans le mécanisme et la symptomatologie des luxations coxo-fémorales. Ses démonstrations reposent sur des expériences cadavériques, corroborées par de nombreux faits pathologiques. La persistance de l'attitude du membre, après l'abolition de la contraction musculaire du fait de la narcose et l'altération cadavérique des muscles, avait amené les chirurgiens à penser que l'action des muscles n'était pas l'agent principal de cette attitude. Bigelow a montré que, sur une même articulation, malgré une grande déchirure capsulaire et la section des tendons et des fibres musculaires périarticulaires, on pouvait, par la seule action du ligament en Y, reproduire l'attitude propre et caractéristique des quatre grandes variétés de luxations de la hanche. C'est ainsi que le membre prend une attitude, toujours la même, dans telle ou telle position de la tête, attitude imposée par la conservation du ligament en Y. Cette attitude est plus ou moins prononcée suivant l'étendue du déplacement de la tête, mais elle présente toujours les mêmes caractères généraux. Le tableau clinique du traumatisme varie au contraire dans des proportions notables, en rapport avec les lésions plus ou moins grandes du ligament de Bertin. Dans le premier cas, la luxation est dite régulière, dans le second, elle est considérée par Bigelow comme irrégulière. En ce qui concerne la déviation de la tête en bas et en dedans, si la branche interne de l'Y est rompue, l'os est suspendu par le grand trochanter, et le membre est encore attiré en haut et en dehors, mais dans une proportion beaucoup moindre, et son attitude n'est pas fixe.

On ne saurait cependant refuser aux muscles une action réelle. Le tendon du psoas en particulier, qui fut trouvé tendu

par Parmentier au cours d'une autopsie de luxation ovale (1) fut également trouvé par M. Sourdille dans un état de tension très marquée, il formait sangle à la face antérieure du col, et renforçait d'une façon certaine, le ligament de Bertin; son action était évidente, mais n'était pas comparable à celle de la corde rigide formée par l'inextensible ligament. Ce sont les muscles psoas et iliaque qui, après la division du ligament en Y, attirent le membre en haut et en dehors, mais on n'observe pas une déviation du membre aussi marquée que si le ligament était intact; de plus, l'attitude du membre peut être rectifiée, ce qui n'a pas lieu lorsque le ligament est conservé. De même, les muscles pelvi-trochantériens paraissent, eux aussi, avoir une action manifeste sur l'attitude du membre en rotation externe. A côté de l'action passive des muscles qui sont allongés et étendus, par suite du déplacement de l'extrémité osseuse, il faut placer l'intervention active de ceux qui sont contracturés et contribuent dans une certaine mesure, à la production de l'attitude du membre et à son immobilisation. Mais il convient d'ajouter que, si le rôle des muscles est évident, il n'en est pas moins secondaire et accessoire, et l'attitude du membre persiste malgré leur suppression, si le ligament de Bertin est intact. D'autre part, Bigelow a montré que, si les muscles seuls sont conservés, la capsule étant complètement incisée, la luxation ne peut être reproduite qu'imparfaitement.

Des considérations qui précèdent il ressort, que les portions de capsule intacte et en première ligne le faisceau interne du ligament iléo-fémoral jouent le rôle primordial dans la fixation de la tête d'une part, et dans la production et le maintien de l'attitude du membre d'autre part. Dans la variété de luxation qui nous occupe, la lèvre antérieure de la déchirure capsulaire contribue à maintenir, dans sa position, la tête, déjà immobilisée par l'appui, que le col et le grand trochanter prennent sur le rebord cotyloïdien, où ils sont maintenus par

(1) Bulletin de la Société Anatomique 1854.

le ligament de Bertin tendu au maximum, et, c'est surtout pour obéir à la traction des fibres tendues de ce ligament, que le membre prend et conserve son attitude. Dans le cas observé par M. Sourdille, la portion postérieure de la capsule était flottante et ne paraissait jouer aucun rôle dans la production de cette attitude ; le ligament de Bertin, et accessoirement le psoas, paraissaient être, comme l'a signalé Bigelow, les véritables agents en cause.

Ligament rond. — Autrefois les auteurs étaient divisés sur le point de savoir si le ligament rond était rompu ou non. Astley Cooper (1) n'hésitait pas à dire qu'il était toujours rompu; et qu'il se rompait avant même que la tête eût quitté la cavité cotyloïde.

Boyer (2) au contraire, pensait que la disposition de ce ligament lui permettait de céder à la traction sans se rompre; et, suivant cet auteur, il ne se rompait que dans les déplacements très étendus. Aujourd'hui on considère la rupture du ligament rond comme une lésion constante, et, dans toutes les autopsies, on signale son arrachement à l'insertion fémorale. Cependant ce ligament est susceptible, dans certains cas, de résister à une forte traction ; c'est ainsi que Braün (3), a signalé dans une luxation consécutive à un tamponnement, une fracture partielle de la tête fémorale, qu'il attribue à une fracture par arrachement occasionnée par la résistance du ligament rond. La tête était brisée suivant une ligne oblique partant du ligament rond, pour aboutir aux insertions capsulaires à l'arête intertrochantérienne, le fragment était presque complètement détaché.

Muscles péri-articulaires. — L'état des muscles péri-articulaires est variable. Dans la relation de l'autopsie pratiquée après réduc-

(1) A. Cooper. — Œuvres chirurgicales. Trad. Chassaignac Richelot, 1837.

(2) Boyer. — Traité des maladies chirurgicales, T. III, 1845.

(3) Braün. — Arch. für clin., 1891, page 109.

tion par Verhaege, il est dit qu'aucun des muscles qui entourent l'articulation coxo-fémorale n'était déchiré ; il existait seulement une extravasation sanguine assez considérable dans le tissu cellulaire compris entre les muscles pectiné et obturateur externe. Il est noté en outre qu'une portion de ce tissu était lacérée, probablement par suite de la présence de la tête en ce point ; mais les deux muscles étaient friables, et le tissu musculaire se laissait déchirer avec la plus grande facilité. Verhaege ajoute que la membrane obturatrice était intacte, et que l'infiltration sanguine de cette membrane et du muscle obturateur externe était peu marquée. Cette absence de lésions, du côté du groupe musculaire, qui entoure l'article luxé, est plutôt rare, et, dans les quelques observations, où l'état des muscles a pu être noté, il est relaté des lésions musculaires.

Ces lésions peuvent être plus ou moins marquées, mais elles sont presque toujours les mêmes, et frappent les mêmes muscles. Les muscles le plus souvent atteints sont le pectiné, l'obturateur externe, et les adducteurs. C'est ainsi que, dans l'autopsie pratiquée le lendemain de la réduction, et rapportée par Schinzinger, les muscles pectiné et obturateur externe furent trouvés en bouillie. Dans un cas de luxation ovale ancienne, Cooper a trouvé les muscles pectiné et court adducteur rompus et réunis par une bande de tissu fibreux. Dans une observation de Walther, rapportée par Malgaigne, il est dit, que la tête siégeait dans les muscles contus et enflammés. Dans une autopsie de luxation ovale, datant de deux mois, Parmentier a trouvé tous les muscles situés au-devant de l'articulation, lacérés, hormis le psoas iliaque qui était tendu (1).

Enfin, au cours de l'autopsie de luxation récente qu'il a pratiquée, M. Sourdille a constaté que le muscle pectiné, et les deux premiers adducteurs étaient rompus à trois centimètres de leur insertion pubienne, et le moignon supérieur de ces muscles

(1) Parmentier. Bulletin de la Société Anatomique, 1834, p. 263.

présentait une surface de section nette, rétractée. On conçoit, en effet, que par suite de l'attitude forcée du membre, et de la brusque descente de la tête fémorale, l'élasticité musculaire soit forcée, et qu'il se produise de véritables déchirures musculaires. M. Sourdille a constaté en outre une rupture des fibres du muscle iliaque qui s'insèrent directement au fémur et de celles qui viennent s'insérer obliquement sur le côté externe du tendon du psoas.

En résumé, les lésions des muscles péri-articulaires sont dues à la fois, au déplacement brusque de la tête et à l'attitude forcée imposée brusquement au membre ; elles varient, depuis la simple contusion avec épanchement sanguin jusqu'à la rupture nette du tissu musculaire.

Paquet vasculo-nerveux. — Les vaisseaux fémoraux et le nerf crural sont ordinairement intacts. Ils sont situés en dehors de la tête fémorale, et reposent sur la face antérieure du col qui les soulève et les tend à la façon d'un chevalet, ainsi que l'a constaté M. Sourdille ; aussi conçoit-on que cette tension des vaisseaux et des nerfs, en se prolongeant, puisse occasionner des troubles sérieux. Dans le cas de luxation ancienne, que nous avons observé, dans le service de notre maître, M. le Professeur Tillaux, les vaisseaux fémoraux semblaient avoir conservé leur position normale ; l'artère battait à 9 ou 10 centimètres de la partie de la tête la plus accessible au doigt. Hamilton rapporte un cas de luxation ovale, où la veine fémorale était déchirée ; mais il existait, outre la luxation, une fracture de l'éminence iliopectinée, et on ne voit pas bien, ainsi que le fait observer Hamilton, quelle part la luxation a pu prendre à la lésion vasculaire.

Nous ne terminerons pas cet exposé anatomo-pathologique, sans signaler l'existence de l'épanchement sanguin assez considérable, qui a été noté par M. Sourdille dans la cavité pré-vésicale. Cet épanchement remontait à cinq centimètres environ au-dessus du pubis, et s'étendait jusqu'au milieu de l'ar-

cade crurale; il semblait être directement en rapport avec les lésions de la hanche. L'existence de cet épanchement a été constatée également par M. Duboué, dans l'autopsie de luxation récente qu'il a publiée. A propos de l'existence de cet épanchement sanguin, M. Sourdille s'est demandé s'il ne fallait pas attribuer à cette hémorrhagie, qui se fait à l'intérieur du petit bassin, les rétentions d'urine signalées par Malgaigne.

Enfin il est à noter que la luxation ovulaire, en raison de l'intensité du traumatisme causal, s'accompagne souvent de fractures du bassin siégeant, soit au niveau du rebord cotyloïdien, soit au niveau du pubis et de la branche ischio-pubienne. Nous n'insisterons pas sur ces lésions concomitantes, signalées dans quelques observations, il nous suffira d'en signaler la coexistence fréquente avec la luxation ovulaire. Les fractures du col peuvent aussi compliquer la luxation.

CHAPITRE II

Etiologie — Mécanisme

La luxation ovalaire ne se produit ordinairement qu'à la suite de traumatismes d'une très grande intensité, ainsi que le montrent les quelques observations rapportées par les auteurs, aussi est-elle très rare. Suivant Cooper, Syme, on la rencontrerait une fois sur dix. Hamilton, sur 104 luxations de la hanche, relève 13 ovalaires. La statistique de notre maître, M. le Dr Polaillon, donne la proportion de 1 pour 14.

Les causes les plus habituellement invoquées sont des chutes d'un lieu élevé, des chocs extérieurs, des éboulements : parfois il s'agit d'un corps animé d'une vitesse considérable, d'un train de chemin de fer par exemple. Tous ces traumatismes agissent de la même manière, pour produire la luxation ovalaire, et, quel que soit le traumatisme invoqué, la lésion ne peut se produire que si le membre inférieur se trouve dans une abduction plus ou moins prononcée. De plus l'abduction doit être précédée ou accompagnée d'une flexion prononcée de la cuisse sur le bassin, ou, dans certains cas, d'après Malgaigne, d'un certain degré d'extension qui tend à fléchir la cuisse en arrière. Cette attitude peut être déterminée par le traumatisme lui-même, ou bien le membre inférieur est surpris par le choc, dans la position que nous venons d'indiquer. Malgaigne rapporte, d'après A. Cooper, le cas d'un homme enseveli sous un éboulement de sable, et que l'on trouve les jambes fortement écartées l'une de l'autre. Dans une autre observation, la luxation était due à un éboulement qui avait surpris le blessé dans une

position accroupie. D'autre part, Malgaigne rapporte le cas d'un cocher, qui, levant la jambe droite pour monter sur son siège, avait la jambe gauche étendue, et portée en dehors et en arrière, un mouvement de la roue le renversa en arrière, et détermina une luxation ovalaire de la hanche gauche. Parfois c'est le tronc qui est courbé en avant, et Hamilton incline à penser, que la luxation ovalaire est le plus souvent due à la chute d'une masse pesante sur la région postérieure du bassin, alors que le tronc est courbé en avant, et les cuisses écartées l'une de l'autre. Quoi qu'il en soit, le mécanisme qui préside à la production de la luxation ovalaire, bien que relevant de traumatismes variés, dont il n'est pas toujours facile d'analyser le mode d'action, n'en présente pas moins dans tous les cas une grande analogie; c'est d'ailleurs ce que confirme l'expérimentation cadavérique.

Un certain degré de flexion du membre est indispensable pour que la tête sorte de la cavité cotyloïde. Lorsque l'articulation coxo-fémorale est en état de flexion, si on imprime au membre inférieur un mouvement de rotation en dehors, en se servant du fémur comme bras de levier, la tête vient appuyer violemment sur la partie inférieure et antérieure de la capsule qui se rompt; la tête, sortie de sa cavité de réception, se dirige alors obliquement en bas et en avant, en suivant le plan incliné du bassin, pour aller se fixer dans le plan du trou obturateur, et sa situation dépend de l'étendue plus ou moins grande de la déchirure capsulaire; elle peut dans certains cas, remonter jusqu'au devant du pubis ou bien descendre jusqu'au périnée, et, dans les cas où la déchirure capsulaire sera très étendue, la tête pourra prendre une position quelconque suivant l'intensité du traumatisme et même très exceptionnellement atteindre la ligne médiane du périnée.

Mais, ainsi que l'a montré Bigelow, dans l'immense majorité des cas, la position fixe, occupée par la tête, serait secondaire en quelque sorte à un déplacement primitif, qui serait toujours le même. C'est ainsi que le déboîtement se produirait

toujours dans la flexion forcée de la cuisse ; la capsule céderait alors à sa partie inférieure, qui est la moins résistante, et par suite la tête descendrait directement au-dessous du cotyle. Dans certains cas extrêmement rares, la tête pourrait rester fixée dans ce déplacement primitif sur le rebord cotyloïdien, hésitant à se porter en dedans ou en dehors, pour constituer la variété, que Bigelow désigne sous le nom de luxation verticale en bas, encore appelée luxation sous-cotyloïdienne ; Luke en a constaté un cas à l'autopsie, et M. Tillaux en a observé un exemple sur le vivant. La tête est située immédiatement au-dessous du cotyle, le membre est en simple flexion ou bien allongé dans la rectitude complète, et ne présente de rotation ni dans un sens, ni dans l'autre.

Mais le plus souvent, cette position de la tête n'est que momentanée, et, sous l'influence des mouvements de la cuisse, d'efforts, la tête tend à se porter soit en dedans, soit en dehors. Ce déplacement secondaire peut n'être qu'esquissé ; c'est ainsi que la tête peut incliner plus ou moins en dedans, faisant ainsi un premier pas vers la fosse ovale, et représentant la forme incomplète de la luxation ovalaire ; la cuisse est alors en abduction légère, modérément fléchie et en rotation externe, par suite de l'action du ligament en Y, présentant ainsi l'attitude propre de la luxation ovalaire proprement dite, mais à un degré moindre.

Toutefois ces déplacements incomplets sont tout-à-fait exceptionnels, et, dans l'immense majorité des cas, dès sa sortie du cotyle, la tête prend une direction variable suivant l'attitude du membre qui, tout en étant dans la flexion forcée, présente ordinairement un degré plus ou moins marqué d'abduction ou d'adduction, et, si l'on suppose qu'au moment où la tête descend au-dessous du cotyle, la cuisse est en abduction et en rotation externe, le déplacement aura lieu en bas et en dedans vers la naissance de la branche ascendante de l'ischion, où la tête ne restera fixée que très rarement pour faire saillie au périnée ; le membre est alors très fortement fléchi, et l'abduc-

tion est très prononcée, mais, par suite du manque d'appui du grand trochanter, l'immobilisation du membre est moins prononcée que dans la variété ovulaire proprement dite, et les orteils peuvent être tournés indifféremment en dedans ou en dehors.

Sous l'influence directe du traumatisme, la tête pourra tout-à-fait exceptionnellement aller se fixer plus ou moins en dedans, du côté de la ligne médiane du périnée. Le ligament en Y permet ordinairement des déplacements très étendus sans se rompre, et il a toujours été trouvé intact dans les déplacements même les plus étendus.

Mais, dans la grande majorité des cas, le déplacement en dedans et en bas sera limité. Par suite d'une violence consécutive, de la traction exercée habituellement à la suite du traumatisme sur le membre luxé, ou même par le simple effet de la pesanteur, la cuisse s'étendra. La tête, suspendue par l'insertion du ligament iléo-fémoral aux trochanters, ne restera pas fixée au périnée; elle remontera, par une sorte de mouvement de bascule, sur le côté antéro-interne du cotyle, en déchirant la capsule dans ce sens, pour aller se fixer dans le plan de la fosse ovale. L'ascension de la tête sera alors limitée par l'appui solide que prendront le col et le grand trochanter sur le rebord cotyloïdien, et aussi par la lèvre antérieure de la déchirure capsulaire. C'est ainsi que la luxation ovulaire proprement dite, complète et régulière est la plus fréquente des variétés basses de luxations en dedans.

Dans quelques cas, si la déchirure capsulaire est très étendue, et si le grand trochanter occupe une situation élevée, la tête pourra continuer son mouvement d'ascension au-delà de la fosse ovale et remonter au-devant du pubis; la variété ilio-pubienne sera alors constituée.

CHAPITRE III

Symptômes et Diagnostic

Avant de présenter le tableau symptomatique de la luxation ovale, nous nous occuperons d'une question, qui autrefois a beaucoup préoccupé les chirurgiens, à savoir la longueur du membre dans la luxation ovale.

Y a-t-il allongement ou raccourcissement du membre. — Cette question est résolue différemment suivant les auteurs, et a été, de tout temps, l'objet d'opinions les plus contradictoires. Malgaigne a trouvé, en mesurant le membre luxé de l'épine iliaque antérieure et supérieure au rebord du condyle fémoral externe, un raccourcissement de deux centimètres, et il admet que, dans les luxations ovalaires, la longueur du membre est constamment diminuée. D'autres auteurs, Treub (1), Lauenstein, Kümmer, qui ont eu l'occasion d'observer des luxations ovalaires récentes, ayant pratiqué des mensurations, se sont rangés à l'avis de Malgaigne, qui est encore partagé actuellement par un certain nombre d'auteurs, et ont admis l'existence d'un raccourcissement constant.

Cependant, nombre de chirurgiens ont émis des opinions absolument opposées, et ont considéré l'allongement du membre comme un signe constant de la luxation ovale. A. Cooper, Key, admettaient que, dans la luxation ovale, le membre est allongé ; l'un évalue l'allongement à deux pouces, l'autre

(1) Treub. — *Centralblatt für Chir.* N° 45, 1882.

à trois ou quatre pouces. De même Chélius (1), Hüter, Bardeleben, Hamilton, Hoffa, Stetler, Bryant (2), et plus récemment M. le docteur Bouilly, indiquent comme un fait positif l'allongement du membre dans cette variété de luxation. Quelques auteurs, Hamilton et Hüter entr'autres, accordent même une grande valeur à ce symptôme. Hamilton admet que le membre luxé est le plus souvent allongé, et, dans certains cas, fait de cet allongement un élément de diagnostic. Suivant cet auteur, l'allongement du membre dans la luxation obturatrice, servirait à différencier cette lésion d'une fracture du col du fémur. Toutefois il fait remarquer, que cet allongement n'est pas constant, et semble pouvoir manquer quelquefois. De son côté Hüter, lorsqu'il traite du diagnostic différentiel entre une fracture du col et une luxation ovale, admet que la confusion entre les deux lésions est d'autant moins possible que la fracture s'accompagne d'un raccourcissement, tandis que la luxation s'accuse par un allongement. Cet allongement, suivant cet auteur, proviendrait de ce que le trou obturateur est situé au-dessous de l'acétabulum. Chélius, qui accorde la même valeur à ce symptôme, dit que le membre luxé présente ordinairement un allongement de 2 à 3 pouces. Enfin, M. le Dr Bouilly, dans son article du Manuel de Pathologie externe, admet que dans la luxation ovale, l'allongement du membre varie de 3 à 5 centimètres.

D'autre part, Rivington (3), n'a constaté ni allongement ni raccourcissement du membre chez un blessé qui présentait une luxation ovale, et ce résultat, obtenu en faisant les mensurations de l'épine iliaque antérieure et supérieure aux maléoles, aurait été contrôlé par des expériences cadavériques, pratiquées dans les mêmes conditions. Suivant Holmès (4), la longueur du membre luxé serait variable, et serait en rapport

(1) Chélius. — Traité de Chirurgie. Trad. Piqué, I.

(2) Bryant. — Med. Time and. Gaz., 1875. T. II.

(3) Rivington. — The Lancet, 1878. Vol. II.

(4) Holmès. — Med. Time and. Gaz., 1877. Vol. II.

avec le degré d'abduction et de rotation externe du membre, l'allongement étant d'autant plus faible que ces deux symptômes sont plus prononcés.

Enfin, il convient d'ajouter qu'un certain nombre de chirurgiens, parmi ceux qui se sont plus spécialement occupés de l'étude des luxations, Roser, Kocher, Bigelow, ne parlent pas de mensurations.

D'où vient donc cette profonde divergence dans les opinions émises par les auteurs? Faut-il attribuer ces contradictions à l'emploi de procédés de mensuration différents? ou bien doit-on admettre qu'on peut observer indifféremment de l'allongement ou du raccourcissement suivant les cas?

Malgaigne, qui admettait un raccourcissement constant, malgré un allongement apparent, attribuait volontiers à une défectuosité dans les moyens d'apprécier la longueur du membre, l'opinion généralement répandue, que dans la luxation ovale, le membre luxé est le plus souvent allongé. Une première cause d'erreur proviendrait, selon lui, de ce qu'on n'a pas toujours pris le soin de tenir le membre sain parallèle à l'axe du corps, de sorte qu'en le rapprochant du membre luxé, porté en abduction on a déterminé un allongement apparent de ce dernier. Il fait remarquer à ce propos, que chacun peut juger sur soi-même de l'effet de cette attitude, et que, même en l'absence de luxation, le membre, porté en abduction forcée, apparaît toujours plus long. Une autre cause d'erreur proviendrait encore, selon lui, de ce que la tête fémorale, se trouvant dans la fosse ovale au-dessous du niveau qu'elle occupe dans la cavité cotyloïde, les chirurgiens sont naturellement enclins à admettre un allongement du membre, ce qui serait possible, si le membre était plus ou moins vertical, et mesuré dans cette position. Mais il fait remarquer que, dans la luxation ovale, le fémur étant toujours fortement relevé en dehors, et devant être mesuré dans cette position, l'extrémité luxée chevauche sur le bord interne de la cavité cotyloïde, et il faut, selon lui, tenir compte de ce fait

que la tête fémorale, en même temps qu'elle descend au-dessous du cotyle, se porte plus ou moins en dedans, selon le degré d'abduction. Par suite de cette déviation de la tête en dedans, la longueur du membre se trouverait diminuée, que les mensurations fussent prises de l'épine iliaque antérieure et supérieure ou de l'épine pubienne.

Lauenstein (1) eut l'occasion d'observer un cas de luxation ovale récente, et trouva, en pratiquant la mensuration de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la malléole externe, un raccourcissement de 5 centimètres. Il se range à l'avis de Malgaigne, et admet que, dans la luxation ovale, la mensuration du membre, pratiquée dans les conditions habituelles de l'épine iliaque à la malléole, donne toujours une diminution. Il fait remarquer tout d'abord que la mensuration d'un membre inférieur, prise de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la malléole externe, donne des résultats différents suivant la position du membre. La longueur du membre, ainsi mesuré, serait plus grande dans un certain degré d'adduction, plus faible dans la position parallèle des deux membres, plus faible encore dans l'abduction. L'abduction aurait ainsi pour effet de produire, à la mensuration, une diminution apparente de la longueur du membre, il en serait de même de la flexion, qui ne manque jamais dans la luxation obturatrice; par suite de cette flexion, la longueur du membre diminuerait encore.

En ce qui concerne l'influence, que peut avoir, sur les résultats de la mensuration du membre fléchi et porté en dehors, le glissement de la tête fémorale en bas et en dedans du cotyle, Lauenstein admet que, si le membre présente une abduction d'au moins 45°, et cet angle est non seulement presque toujours atteint, mais le plus souvent dépassé, le glissement de la tête en dedans diminuera encore la longueur du membre, et la diminution sera d'autant plus grande, que la tête se rapprochera davantage de la ligne médiane. Dans les cas, où l'abduction n'atteindrait pas 45°, en supposant que le glissement de la tête

(1) Lauenstein — Centralblatt für Chirurgie, 1889.

en bas augmente la longueur du membre, avant de s'attendre à trouver un allongement, il faudrait admettre, selon Lauenstein, que cet allongement pût compenser le raccourcissement apparent produit par l'attitude du membre. Or, la différence de hauteur entre l'acétabulum et la fosse obturatrice, ne permettrait pas, selon lui, de croire à la possibilité de cette compensation et, par suite, de conclure à la constatation possible d'un allongement du membre à la mensuration.

Kümmer (1) de Genève, dans un cas de luxation ovalaire récente, qu'il eut l'occasion d'observer, pratiqua les mensurations du milieu de la symphyse pubienne au milieu de l'interligne articulaire interne du genou ; il trouva 34 centimètres du côté luxé, et 31 centimètres du côté sain. Le membre luxé, qui était en flexion et en abduction d'environ 110°, présentait donc trois centimètres d'allongement ; mais, suivant Kümmer, cet allongement ne serait qu'apparent, et, en réalité, le membre luxé, loin d'être allongé, présenterait, au contraire, un raccourcissement manifeste.

Kümmer a insisté, à ce propos, sur les causes d'erreur qui résultent d'une mensuration défectueuse. Il fait remarquer tout d'abord que, pour comparer la longueur des deux membres, il est indispensable de placer les deux membres dans une position aussi symétrique que possible. Or il insiste sur ce fait que, dans les cas de luxations obturatrices régulières, comme celle qu'il a observée, et qui présentait une abduction de 110°, il est impossible de placer les deux membres dans une position absolument identique, et sur la cause d'erreur qui résulte de ce défaut de symétrie dans l'attitude des membres. Aussi propose-t-il d'ajouter le correctif suivant aux résultats, que lui a donnés la mensuration directe, dans le cas qu'il a observé « Si l'on peut admettre, dit-il, que la distance de la symphyse pubienne au milieu du cotyle est à peu près le quart de la distance entre la pointe du grand trochanter et le milieu de l'interligne articulaire externe du

(1) Kümmer. — Revue d'orthopédie, Paris, 1891.

» genou, 34 centimètres dans notre cas, la distance de la
» symphyse au cotyle serait donc de 8 centimètres et demi,
» et la seule abduction produirait par conséquent un allonge-
» ment de 8 centimètres et demie environ de la jambe en
» abduction de 110° environ. Notre mensuration ne donnant
» que trois centimètres d'allongement apparent, c'est qu'en
» réalité la jambe disloquée n'est point allongée, mais raccourcie.»

En d'autres termes, Kümmer se range à l'avis des auteurs, qui indiquent un allongement du membre dans la luxation obturatrice, en prenant comme point de repère le milieu de la symphyse pubienne ; mais il attribue cet allongement à l'abduction seule. La luxation ne contribuerait en aucune façon à la production de cet allongement, bien au contraire elle ne ferait que le diminuer, et il fait observer qu'en pratiquant la mensuration à partir de l'épine iliaque antérieure et supérieure, on trouve immédiatement un raccourcissement du membre luxé. Pour lui, dans toute luxation ovalaire régulière avec flexion et abduction forcée, le raccourcissement serait la règle ; cependant il admet que, dans certains cas, il puisse y avoir un allongement, et il expliquerait volontiers, de la façon suivante, les assertions contradictoires des auteurs relativement à la longueur du membre dans la luxation ovalaire. Il fait observer que la tête se trouve située à la fois en bas et en dedans du cotyle. La déviation en dedans occasionnerait, selon lui, un raccourcissement du membre, dans le cas où le membre, par suite de l'abduction et de la flexion, se trouve placé plus ou moins horizontalement et est mesuré dans cette position, ce qui a lieu dans les luxations ovalaires régulières. Dans les cas au contraire, où le membre luxé, ne présentant qu'une abduction et une flexion peu prononcées, est mesuré dans une situation plus ou moins verticale, la déviation en bas pourra donner un allongement. Mais il fait remarquer que cette attitude du membre ne peut s'observer que dans les cas de luxations irrégulières, avec déchirure complète du ligament en Y. En d'autres termes, Kümmer admet que dans la luxation ova-

laire régulière, le raccourcissement du membre est constant, et que l'allongement ne peut être observé que dans les cas de luxations irrégulières.

Toutefois, dans un cas de luxation ovalaire récente, régulière, en pratiquant, sur le cadavre, les mensurations de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'extrémité inférieure de la rotule, après avoir préalablement placé le membre sain dans une attitude sensiblement symétrique à celle du membre luxé, M. Sourdille trouva un allongement de un centimètre et demi, à l'actif de ce dernier ; tandis qu'en pratiquant les mensurations, avec les mêmes points de repère, mais en laissant le membre sain dans l'extension et dans sa position normale, c'est-à-dire parallèle à l'axe vertical passant par le milieu du corps, il avait constaté un raccourcissement apparent de trois centimètres du côté luxé. De plus, au cours de la dissection de la pièce, M. Sourdille constata aisément qu'il y avait de l'allongement ou du raccourcissement selon qu'on diminuait ou augmentait la flexion de la cuisse sur le bassin. En d'autres termes, l'allongement paraissait être d'autant moindre que la flexion était plus prononcée.

Des considérations qui précèdent, il ressort que l'évaluation de la longueur du membre luxé, par rapport à celle du membre sain, donnera des résultats différents suivant le *modus faciendi*. En dehors de toute luxation, le mouvement d'abduction de la cuisse tend à fermer l'angle que forment l'épine iliaque antéro-supérieure, la cavité cotyloïde et le pied, c'est-à-dire à rapprocher les deux points extrêmes qui servent à la mensuration ; aussi un membre en abduction, qui paraît à l'œil plus long que l'autre, se trouve-t-il plus court à la mensuration, bien que les deux membres aient en réalité la même longueur. La flexion produit également, en rapprochant les deux points extrêmes de la mensuration, une diminution de longueur apparente du membre. L'abduction au contraire, si la symphyse pubienne est prise comme point de repère, en éloignant les deux points extrêmes de la mensuration, occasionne un allongement apparent. Par conséquent, si l'on

n'a pas soin de placer au préalable les deux membres dans une position symétrique, l'attitude du membre luxé en abduction et en flexion donnera lieu à des modifications de longueur apparentes, qui masqueront les modifications de longueur vraies dues au déplacement de la tête fémorale, et seront d'ailleurs variables suivant qu'on prendra comme point de repère l'épine iliaque antérieure et supérieure ou la symphyse pubienne. Les résultats de la mensuration varieront encore, suivant que les deux membres seront placés dans une situation symétrique plus ou moins parfaite, et nous avons vu qu'il n'était pas toujours possible de placer le membre sain dans une position absolument identique à celle du membre luxé. Enfin la déviation de la tête en dedans occasionnera un raccourcissement, si le membre est mesuré dans une situation plus ou moins horizontale; si l'abduction du membre au contraire n'atteint pas l'angle droit, la déviation en bas pourra occasionner un léger allongement, qui sera d'autant plus marqué que l'attitude du membre se rapprochera davantage de la verticale.

En résumé, il nous paraît rationnel de conclure, que les contradictions des auteurs, relativement à la longueur du membre dans la luxation ovalaire, sont dues probablement en partie à ce que les mensurations n'ont pas toujours été pratiquées dans les mêmes conditions. De plus, il convient de considérer comme accessoires, les modifications de longueur du membre, dans cette variété de luxation. Elles accusent tantôt un raccourcissement, tantôt un léger allongement, suivant que le membre est plus ou moins fléchi et porté en dehors.

Symptômes. — Dans la luxation ovalaire, l'attitude du membre est caractéristique. L'abduction, la rotation externe et la flexion, tels sont les trois grands symptômes, qui caractérisent les luxations en dedans et en bas.

Dans la majorité des cas, l'abduction est très prononcée, du moins lorsqu'il s'agit de luxations ovalaires régulières, avec con-

servation du ligament en Y : c'est elle qui ordinairement attire tout d'abord l'attention, et éveille l'idée d'une luxation en dedans. Variable suivant les cas, elle atteint parfois un degré extrême, et, sur une planche de Malgaigne, le fémur est relevé au-delà de l'angle droit. Le même auteur rapporte un cas de luxation récente, qui présentait une abduction telle, que le sujet, pour se tenir couché sur le dos, était obligé de faire porter la jambe sur une chaise à côté du lit. L'angle, formé par la cuisse avec la verticale, varie ordinairement entre 30° et 60° . A. Cooper (1) a figuré une abduction d'environ 45° . Dans le cas, observé par M. Sourdille, l'abduction était telle, que le membre luxé formait un angle d'environ 50° avec la verticale.

Cependant, quelques auteurs ont rapporté des exemples de luxations ovalaires, ne s'accompagnant que d'une abduction très légère du membre. Sédillot (2) entr'autres a cité plusieurs observations de luxations ovalaires, qui n'ont pas empêché ceux qui en étaient atteints de marcher immédiatement, et de se livrer à leurs occupations habituelles, sans douleur vive, et sans claudication très prononcée. C'est ainsi qu'il rapporte le cas d'un soldat, atteint d'une luxation ovale, qui, à la suite d'une chute, avait continué à marcher, et s'était aperçu, au bout de trois jours seulement, que sa jambe et sa cuisse restaient inclinées légèrement en dehors, et qu'il boitait un peu. En supposant avec Sédillot, que la tête fémorale ait pu trouver, dans la profondeur ou sur les contours de la fosse ovale, des points d'appui suffisants pour permettre la marche, il est difficile d'expliquer la déviation peu marquée du membre, autrement que par l'existence de luxations incomplètes ou irrégulières. De même, Axenfeld rapporte un cas de luxation ovale, où l'abduction était à peine marquée, la luxation était d'ailleurs à volonté iliaque ou ovale, ce qui ne peut s'expliquer que par une déchirure exceptionnellement étendue de la capsule. Dans la

(1) A. Cooper. — Œuvres chirurgicales. Trad. Chassaignac-Richelot, 1837.

(2) Sédillot. — Gaz. des hôp., 1861.

luxation ovale complète et régulière, c'est-à-dire avec déchirure capsulaire en bas et en avant, et conservation du ligament en Y, une abduction très prononcée est imposée au membre luxé, par la tension extrême du faisceau interne du ligament, et l'absence d'abduction ou l'existence d'une abduction très légère ne peuvent s'expliquer que par l'existence d'un déplacement incomplet ou bien par la déchirure du ligament iléo-fémoral; dans ce dernier cas, la luxation est irrégulière, et le membre, obéissant à l'impulsion qui résulte du traumatisme, prend une position quelconque.

De même que l'abduction, la rotation externe est un signe propre de la luxation ovale complète et régulière. Elle est plus ou moins marquée, mais elle existe toujours. Dans le cas rapporté par M. Sourdille, elle était manifeste; dans le décubitus dorsal, la jambe était fléchie sur la cuisse à angle droit, et le pied reposait sur le plan du lit par son bord externe.

A l'abduction et à la rotation externe, il faut ajouter la flexion de la cuisse sur le bassin. Malgaigne met en doute son existence; on aurait confondu, selon lui, la flexion vraie avec l'abduction ou flexion en dehors. Il n'est pas toujours facile, il est vrai, de l'apprécier d'une façon exacte sur le blessé. Elle est surtout marquée, quand le blessé est couché. Quand il est debout, le tronc s'infléchit en avant, et elle est moins apparente. Mais, d'après l'examen des pièces anatomo-pathologiques, on peut se rendre compte qu'elle existe réellement; en effet, ainsi que nous l'avons vu précédemment, le ligament de Bertin, tendu au maximum, attire en haut et en dehors le corps du fémur, dont l'extrémité supérieure prend un point d'appui solide sur le rebord du cotyle; de plus il empêche le col fémoral de s'abaisser si la tête ne remonte pas, or l'ascension de la tête est le plus souvent empêchée par la portion antérieure de la capsule restée intacte. Aussi la flexion est-elle un symptôme constant de la luxation ovale régulière. Sur le blessé observé par M. Sourdille, à première vue la cuisse paraissait très légèrement fléchie, mais, au cours de l'autopsie,

il fut facile de se rendre compte que la flexion était réelle, et était même plus accentuée qu'elle ne paraissait, elle mesurait environ 39°. L'abduction et la rotation externe caractérisent la luxation en dedans, la flexion indique une luxation basse, et la flexion est d'autant plus marquée que la tête occupe une situation plus basse. C'est ainsi que, dans un cas de luxation péri-néale, Riedinger a constaté, en même temps que l'abduction, une flexion à angle droit de la cuisse sur le bassin.

Le membre inférieur est immobilisé dans l'attitude que nous venons de décrire. Par suite de cette attitude, lorsque le malade est debout, le membre luxé se place sur un plan antérieur à celui du côté opposé, la cuisse est rejetée en dehors, et les orteils pointent en avant. Il est très difficile, et parfois même impossible, de modifier cette attitude, et de communiquer des mouvements au membre luxé. Sur le vivant, tout mouvement est ordinairement impossible, par suite de la contracture musculaire : mais, sur le cadavre et aussi sous l'action du chloroforme, l'immobilité est moins absolue. Toutefois, il est impossible d'étendre le membre ; l'adduction et la rotation interne sont aussi particulièrement impossibles. Cette immobilisation du membre luxé est due, ainsi que nous l'avons vu précédemment, à la fois à l'action du ligament de Bertin et de la levre antérieure de la déchirure capsulaire, et aussi à l'appui que prennent sur le rebord du cotyle le col et le grand trochanter. Par suite de l'action combinée de ces divers facteurs, la tête est solidement maintenue en place ; on pourra, sous le chloroforme, augmenter l'abduction, et surtout la flexion du membre, mais l'extension et l'adduction resteront impossibles ainsi que la rotation interne, tant que la tête ne sera pas dégagée par suite du relâchement du ligament de Bertin. Ces considérations ont une grande importance au point de vue de la manœuvre de réduction, ainsi que nous le verrons dans la suite.

Non moins importants que l'attitude caractéristique du membre sont les signes physiques tirés de l'examen de la hanche.

A la vue, la région de la hanche est déformée. A la partie antérieure, le triangle de Scarpa est soulevé, et présente, dans la majorité des cas, une voussure manifeste. La partie externe au contraire est aplatie, et, à la place de la saillie normale formée par le grand trochanter, il existe un aplatissement, et un vide dont il est parfois facile de se rendre compte par la palpation. Le déplacement du grand trochanter est un signe pathognomonique de luxation, et, en présence d'un traumatisme grave de la hanche, c'est le premier signe que l'on doit rechercher. Le plus souvent, il est facile de le constater. Il est même des cas, où le doigt pénètre jusque dans l'intérieur de la cavité cotyloïde déshabillée. Il peut arriver cependant, que la détermination exacte de la situation du grand trochanter présente quelques difficultés. Dans les cas douteux, il faut toujours songer à la ligne de Nélaton, pour avoir un point de repère exact.

La recherche de la saillie, formée par la tête luxée, constitue aussi un élément important de diagnostic, dans les cas où elle est perceptible. Il arrive parfois qu'on la perçoive en avant, dans le triangle de Scarpa, sous forme d'une petite masse, dure, arrondie. Sur le blessé, dont M. Sourdille a publié l'observation, on la sentait très facilement à la partie interne du pli de l'aîne, au-dessous du ligament de Fallope. Dans certains cas, elle peut être située plus ou moins profondément, au milieu de la masse des adducteurs, c'est alors du côté du périnée qu'on doit la rechercher. Sur le blessé, que nous avons observé dans le service de notre maître M. le professeur Tillaux, on la trouvait à la partie interne du triangle de Scarpa, sous l'insertion des muscles adducteurs, à un travers de doigt environ de la ligne médiane, et, pour la bien palper, il fallait soulever le scrotum du côté correspondant. Dans une observation, rapportée par Hamilton (1), la luxation était accompagnée d'une plaie du périnée, et on pouvait, en

(1) W. Taylor. — The Lancet vol. I. p. 732.

introduisant le doigt dans la plaie, sentir la tête fémorale, qui était située dans la fosse ovale. Dans les variétés rares, décrites par Malgaigne sous le nom de luxations périnéales, la tête faisait saillie au niveau du périnée. Dans les cas, où la tête ne pourra être perçue par le palper, dans sa situation anormale, Treub (1) a montré qu'on pouvait, par le toucher rectal, s'assurer de son déplacement. C'est ainsi que, dans un cas de luxation ovale récente, en introduisant deux doigts dans le rectum, et en les dirigeant en avant et en dehors, il put sentir le corps du fémur, qui pressait contre le muscle obturateur, et même percevoir très nettement ses mouvements, en imprimant à la cuisse des mouvements de rotation. Chez les enfants, on peut, par le toucher rectal, sentir, suivant Treub, le trou obturateur et la grande échancrure sciatique, avec la plus grande facilité ; chez l'adulte, on ne peut sentir que le trou obturateur, et, pour explorer la grande échancrure sciatique, il faut introduire presque entièrement la main.

Nous ne terminerons pas l'exposé des symptômes de la luxation ovale, sans rappeler l'existence des rétentions d'urine, signalées par Malgaigne. Ces rétentions d'urine, qui accompagnent en général les traumatismes du bassin, seraient habituellement passagères, et disparaîtraient quelques jours après l'accident. Dans certains cas, où le périnée est plus ou moins endommagé par la descente de la tête, elles peuvent être dues à une action directe de l'extrémité osseuse, c'est ce qui aurait lieu dans les luxations périnéales, qui s'accompagnent, ainsi que l'a observé Riedinger (2), de douleurs urétrales et de rétention d'urine. Le plus souvent, elles seraient probablement dues, suivant la remarque de M. Sourdille, à l'existence d'un épanchement sanguin assez abondant, qui a lieu dans le petit bassin. Nous avons vu précédemment, que cet épanchement avait été observé par M. Sourdille et par M. Duboué, dans deux autopsies de luxation ovale récente.

(1) Treub. — Centralblatt für Chirurgie. N° 45, 1882.

(2) Riedinger. — Münchn. Med. Wochenschr. 1892, n° 33.

En raison de l'intensité du traumatisme causal, la luxation ovale s'accompagne souvent de fractures de l'os iliaque. Ces fractures siègent ordinairement au pubis, à la branche montante de l'ischion et descendante du pubis. On peut aussi observer des fractures du rebord cotyloïdien. Enfin, la luxation peut être compliquée d'une fracture du col du fémur. Nous ne décrivons pas les signes qui permettent de reconnaître ces diverses complications, il nous suffit de les signaler. On conçoit d'ailleurs quels obstacles elles apportent à la réduction, et combien elles assombrissent le pronostic de la luxation.

Diagnostic. — Nous verrons, à propos des luxations anciennes et irréductibles, que, parmi les diverses variétés de luxations de la hanche, la luxation ovale est une de celles qui présentent le pronostic le plus fâcheux, lorsqu'elles sont méconnues dès le début et restent non réduites. Le diagnostic, heureusement, en est habituellement facile. L'attitude caractéristique du membre, la déformation de la hanche, la saillie de la tête fémorale, le déplacement du grand trochanter, tels sont les principaux éléments du diagnostic.

On ne confondra pas la luxation ovale avec la contusion, l'entorse de la hanche; la confusion n'est guère possible, que dans certains cas de luxations ovales irrégulières, qui ne présentent qu'une abduction et une flexion peu prononcées, et, dans ce cas, il est rare que l'ensemble des signes physiques tirés de l'examen de la hanche ne fasse pas reconnaître la lésion. On conçoit cependant que le gonflement consécutif au traumatisme, puisse, dans certains cas, masquer pendant les premiers jours, le déplacement du grand trochanter, et rendre le diagnostic hésitant, si l'attitude spéciale du membre n'est pas caractéristique, ce qui est rare; mais le doute ne sera pas de longue durée, à moins de cas véritablement exceptionnels. D'ailleurs, dans les cas douteux, où la saillie de la tête déplacée ne peut être sentie par le palper, le toucher rectal pourra rendre des services, en permettant de se rendre compte de la déviation subie par l'extrémité supérieure du fémur.

Le diagnostic de la luxation ovale, avec les fractures du col du fémur, et notamment les fractures extra-capsulaires, est parfois délicat. Mais les fractures se rencontrent principalement chez le vieillard, et sont déterminées par une chute légère, les luxations au contraire se rencontrent de préférence chez l'adulte, et succèdent ordinairement à de violents traumatismes. Suivant quelques auteurs, Hamilton, Hüter, entr'autres, l'allongement du membre suffirait à distinguer la luxation d'une fracture du col, mais les modifications de longueur du membre dans la luxation ovale sont très variables. Dans les cas où les signes physiques manqueront, l'attitude fixe du membre qu'on peut exagérer et non corriger, plaidera en faveur de la luxation. Enfin dans les cas douteux, en examinant le malade sous le chloroforme, on constatera, s'il y a luxation, que la rotation persiste au même degré, quelque effort qu'on fasse pour la faire disparaître.

Lorsque la luxation s'accompagne d'une fracture du col, on conçoit que le diagnostic de la double lésion soit difficile à établir de prime abord ; si la tête ne peut être perçue facilement, c'est par la palpation sous le chloroforme, que l'on se rendra compte si la continuité de l'os existe, et si la tête est réellement sortie du cotyle. Une fracture du bassin a pu dans un cas simuler une luxation obturatrice (1).

Nous ne nous attarderons pas à différencier la variété ovale des autres variétés de luxations de la hanche. L'abduction, la rotation externe du membre caractérisent les luxations en dedans ; la flexion indique une luxation basse ou ovale, les luxations iléo-pubiennes s'accompagnant au contraire d'extension.

(1) Chopard. — Gazette des hôpitaux. 21 déc. 1882.

CHAPITRE III

Traitement

La réduction des luxations ovalaires de la hanche, est obtenue facilement, dans l'immense majorité des cas.

Après une longue période de tâtonnements, pendant laquelle les procédés les plus divers étaient mis en pratique, on finit par établir les premiers principes d'une méthode qui fut féconde en succès. Cette méthode, encore appelée méthode de douceur, méthode de flexion, est basée sur l'emploi de la flexion de la cuisse, comme premier temps de la manœuvre de réduction des luxations de la hanche. Elle est ancienne, puisqu'elle fut préconisée jadis et mise en pratique par Pouteau, mais elle n'a guère été vulgarisée en France que par Desprès le père, vers 1835, et par Dolbeau. Cette méthode, établie empiriquement, ne devait être expliquée scientifiquement que beaucoup plus tard.

L'unique obstacle à la réduction fut en effet, pendant longtemps, attribué par les chirurgiens à l'action des muscles, qu'ils fussent contracturés, ou bien allongés et étendus du fait du déplacement de l'extrémité osseuse ; mais, sous l'influence des travaux de M. le professeur Tillaux, de Malgaigne et de Bigelow, les idées changèrent. En 1868, M. le professeur Tillaux (1) démontra péremptoirement que les véritables obstacles à la réduction provenaient manifestement de l'appareil ligamenteux et capsulaire. M. Tillaux montra, qu'après avoir

(1) Bulletin de la Soc. de Chir., 1868.

enlevé tous les muscles, en ne conservant que la capsule, il lui était impossible d'obtenir la réduction avec une forte traction. Il insista sur ce fait que l'obstacle principal à la réduction était constitué par l'épaisse bande fibreuse, tendue de l'épine iliaque antéro-inférieure aux trochanters, et il montra qu'il suffisait d'en détacher une portion à son insertion fémorale, pour obtenir de suite le dégagement de la tête. Sans refuser à la contracture musculaire qui nécessite l'emploi du chloroforme une part manifeste dans les difficultés de la réduction, on doit considérer la capsule et l'appareil ligamenteux comme les véritables obstacles. Bigelow a insisté tout particulièrement sur l'importance du rôle que joue, dans la réduction des luxations de la hanche, le ligament de Bertin, dont l'état de tension ou de relâchement doit toujours être présent à l'esprit du chirurgien, au cours de la manœuvre.

Des données de l'anatomie pathologique il résulte, que la première indication, dans la manœuvre de réduction, est de dégager la tête luxée, afin de pouvoir ensuite la réintégrer dans la cavité cotyloïde. Cette indication sera remplie par la flexion de la cuisse sur le bassin tout en maintenant le membre dans l'abduction. Par suite de ce mouvement, le ligament de Bertin se relâche et la tête descend ; en général il suffit de fléchir jusqu'à angle droit. Lorsque la tête est ainsi libérée, la seconde indication est de la réintégrer dans le cotyle. Pour cela, il suffit de porter le membre brusquement en haut et un peu en dedans, en joignant l'élévation à l'adduction. En résumé, flexion, traction en haut et en dehors, adduction, tels sont les différents temps de la manœuvre. La réduction peut s'opérer plus simplement en exécutant un mouvement de rotation interne, c'est-à-dire en sens inverse de celui qui a produit la lésion, dès que la flexion de la cuisse atteint l'angle droit.

Au cours de la manœuvre, il arrive assez fréquemment que la tête, au lieu de rentrer dans la cavité cotyloïde, glisse dans la gouttière sous-cotyloïdienne et se dirige vers la tubérosité de

l'ischion. La réduction s'obtiendra alors comme précédemment par flexion et élévation directe, mais au lieu de joindre à l'élévation l'adduction, on pratiquera une légère abduction.

La luxation ovalaire récente se réduit le plus habituellement par le procédé de douceur, au bout d'une ou plusieurs tentatives. Il est cependant des cas exceptionnels où la réduction ne s'opère pas, et où il faut avoir recours aux procédés de force. Nous décrirons ces procédés, lorsque nous nous occuperons du traitement des luxations anciennes.

Il est quelques cas de réductions spontanées, rapportés par Malgaigne et par Hamilton. Dans un cas de luxation ovalaire, rapporté par ce dernier auteur, la réduction s'opéra spontanément pendant le transport du blessé, à la suite d'un mouvement brusque d'adduction.

DEUXIÈME PARTIE

LUXATIONS ANCIENNES

CHAPITRE I

Anatomie Pathologique

D'une manière générale, les modifications anatomo-pathologiques, qui se produisent au sein de toute articulation luxée, qui est abandonnée à elle-même, sont à peu près constamment identiques. On sait que ces modifications varient, suivant que le membre luxé reste complètement inactif, ou est soumis à un exercice plus ou moins prolongé. Dans tous les cas, l'articulation ancienne disparaît généralement plus ou moins complètement, et les modifications, qui résultent des rapports contractés par les extrémités osseuses, aboutissent, soit à la formation d'une néarthrose plus ou moins parfaite, soit à l'ankylose. En général, la néarthrose est lente à se produire, et le plus ordinairement, elle n'est pas formée avant une année. L'ankylose, d'abord fibreuse, aboutit au bout d'un temps plus ou moins long à une véritable soudure osseuse.

Les autopsies de luxations anciennes de la hanche en variété

ovalaire sont rares. Malgaigne en rapporte quelques-unes, qui toutes se rapportent à des luxations plus ou moins anciennes, présentant, pour la plupart, des lésions arrivées à un stade avancé. Mais les interventions opératoires, qui se sont multipliées dans ces derniers temps, ont permis aux chirurgiens de se rendre compte des modifications, qui succèdent directement aux traumatismes, et empêchent d'ordinaire la remise en place des extrémités luxées.

On sait, d'une manière générale, que dans les premiers temps, il se fait au sein de l'articulation luxée, autour des extrémités osseuses, une abondante formation de tissu fibreux, due à la prolifération d'éléments embryonnaires. Cette production fibreuse a pour résultat immédiat d'immobiliser dans une certaine mesure la tête luxée, qui contracte des adhérences avec les parties voisines, et, dans certains cas, d'obturer en partie la cavité cotyloïde, dont la profondeur diminue par suite de la production de végétations fibreuses dans son intérieur. D'autre part, les débris capsulaires, eux aussi, subissent des modifications importantes. Au début, la déchirure capsulaire tend à se cicatriser, et l'orifice, qui a livré passage à la tête, se rétrécit. De même, la bourse capsulaire se rétracte peu à peu, sa capacité diminue, et les débris de la capsule contractent des adhérences avec le rebord du cotyle (1).

Articulation nouvelle. Cavité articulaire. — Peu à peu, au niveau du point où repose la tête luxée, il se forme une nouvelle cavité articulaire, dont la forme tend parfois à rappeler celle de l'ancienne cavité. Cette particularité a été signalée par Langenbeck au sujet des néarthroses coxo-fémorales. Suivant Langenbeck, la nouvelle cavité, dans les points où la tête luxée se trouve en contact avec une surface osseuse, ne serait pas due, comme on serait tenté de le croire, à une usure de l'os, mais bien à une partie surajoutée. Par suite de l'irritation, déterminée par la présence de la tête, il se

(1) Ch. Nélaton. Archives générales de Médecine, 1889.

ferait un abondant travail d'ossification, qui aurait son point de départ dans le périoste.

Dans les luxations ovalaires, le trou ovale, sur lequel repose la tête du fémur, subit, du fait de la pression de l'extrémité luxée, des modifications profondes, qui tendent à le transformer en une véritable cavité articulaire. Dans une observation rapportée par Moreau (1), la tête était emprisonnée dans une coque osseuse, qui commençait sur la tubérosité ischiatique, et occupait une partie du trou ovale. Une semblable constatation est faite dans l'observation de Stanski (2). Dans une autopsie rapportée par A. Cooper (3) (Obs. X), le muscle obturateur externe et la membrane obturatrice avaient complètement disparu. Autour du trou ovale, s'était déposée une matière osseuse, formant une profonde cavité dans laquelle la tête fémorale était logée. Le trou ovale, complètement ossifié, représentait une nouvelle surface articulaire qui empiétait sur les branches ascendante de l'ischion et descendante du pubis. De même, sur une pièce anatomique, qu'il découvrit au Musée du Val-de-Grâce, où elle était classée sous le nom d'ostéite condensante de l'articulation coxo-fémorale, et qui n'était autre qu'une vieille luxation ovulaire non réduite, M. le docteur Poulet (4) (Obs. IX) trouva la tête du fémur logée au sein d'une coque osseuse de nouvelle formation, du volume d'un œuf de dinde qui proéminait d'un centimètre environ dans le bassin. A sa périphérie, cette gaine osseuse se confondait avec les parties du squelette, qui constituent le trou obturateur ; elle se terminait en avant au niveau de la ligne intertrochantérienne, et en arrière au niveau de la face postérieure du col.

Toute la surface du trou ovale, qui normalement est comblée de parties molles, se trouve donc le plus souvent convertie en une surface osseuse, résultant de l'abondant

(1) Moreau. — Mémoires de l'Académie de Chir., t. II, p. 158.

(2) Stanski. — Bulletin de la Société Anatomique, 1839.

(3) A. Cooper. — Œuvres chirurgicales. Trad. Chassaignac-Richelot, 1837.

(4) Poulet. — Bulletin et Mémoires de la Société de Chir., t. XI.

travail d'ossification, qui se produit autour de l'extrémité luxée, et, sur la pièce de M. Poulet, il n'existait qu'une fente de trois centimètres en avant et en haut, au niveau de la gouttière sous-pubienne, pour le passage du paquet vasculo-nerveux.

Capsule articulaire. — Au début, la nouvelle articulation peut posséder une capsule fibreuse, qui est distincte de l'ancienne, et est constituée par le tissu fibreux de nouvelle formation, mais le plus souvent les débris de l'ancienne capsule s'unissent au tissu néoformé pour constituer une nouvelle capsule commune à l'ancienne et à la nouvelle articulation. Toutefois cette capsule fibreuse, ne tarde pas à être remplacée par une véritable coque osseuse, qui emprisonne la tête de toutes parts jusqu'au col.

Dans l'observation de Cooper, la cavité osseuse renfermait si complètement la tête, qu'on ne pouvait la retirer sans briser complètement la cavité. Cependant, cette coque de nouvelle formation n'adhérait pas à la tête, elle enserrait seulement le col, sans lui adhérer. Par une coupe horizontale, pratiquée à travers le fémur et la nouvelle coque, M. Poulet constata que la tête était distincte de la coque périphérique ; elle en était séparée par un sillon de un millimètre environ. La structure de la coque osseuse serait ordinairement celle du tissu spongieux, avec deux lames limitantes interne et externe, ainsi que l'a observé M. Poulet.

Le ligament de Bertin est aussi remplacé par de la substance osseuse, et sur la pièce de M. Poulet il existait des jetées osseuses qui réunissaient la coque à la surface pectinéale d'une part, à l'épine iliaque antéro-inférieure d'autre part.

Tête fémorale. — Ainsi que nous l'avons dit au début de ce chapitre, les rapports nouveaux des surfaces articulaires aboutissent soit à l'ankylose, soit à une néarthrose. Dans les observations de Moreau, de Stanski, la tête était complètement soudée à l'os iliaque. Dans l'observation de M. Poulet, la tête

paraissait également soudée au bassin sous un angle droit. Cependant l'ankylose n'existait pas complètement ; mais la coque osseuse étreignait si étroitement le col, que tout mouvement était impossible. Dans l'observation de Cooper au contraire, la tête jouait librement dans sa nouvelle cavité de réception, sans subir aucune entrave dans ses mouvements du fait de sa situation. La tête fémorale subit ordinairement des déformations variables. Dans certains cas, elle peut conserver sa forme ; le plus souvent elle s'aplatit et devient irrégulière. De plus, elle subit des modifications profondes dans sa structure. M. Poulet (1) a trouvé le tissu spongieux de la tête creusé d'un certain nombre de cavités kystiques, de la grosseur d'une lentille, telles qu'on en observe dans la forme kystique de l'arthrite sèche. Dans d'autres cas au contraire, les extrémités osseuses seraient complètement grasses. Il s'agirait là d'un autre état, ou peut-être d'une autre phase.

Cartilage articulaire. — D'ordinaire, les cartilages restent assez longtemps intacts, mais le plus souvent ils finissent par disparaître. Dans l'observation de Cooper, la tête semblait avoir conservé son cartilage. Parfois la substance osseuse, avec laquelle la tête est en rapport, se recouvrirait d'un tissu fibroïde, se rapprochant du cartilage fibreux et réticulé.

Synoviale. — Dans toute fausse articulation, il existe une synoviale ou une trame cellulaire à surface unie. Dans tous les cas où l'ankylose n'existe pas, la nouvelle cavité articulaire présente une surface lisse et polie.

Ancienne cavité cotyloïde. — Non moins importantes sont les modifications, que subit l'ancienne cavité articulaire déshabillée. Par suite de la pression des épiphyses osseuses, ses bords s'amincissent et deviennent irréguliers. D'abord en partie comblée par des végétations fibreuses, ainsi que nous

(1) Poulet. — Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie. Paris, l. XI., p. 90.

l'avons vu précédemment, elle se remplit à la longue d'ostéophytes, sa cavité diminue progressivement et finirait même dans certains cas par disparaître complètement. Dans l'observation de Cooper, elle était comblée par de la matière osseuse, et n'aurait pu recevoir la tête du fémur. Dans l'observation de M. Poulet, au contraire, elle n'avait pas perdu sa forme ; contrairement à ce qui se produit ordinairement, elle n'était pas comblée, sauf un peu en avant par des productions osseuses.

Modifications péri-articulaires. — Les lésions musculaires sont précoces et aboutissent rapidement à l'atrophie. Les muscles péri-articulaires contracturés dans une position défectueuse ou tirillés se rétractent et s'atrophient. Plus tard, les muscles atrophiés s'adaptent à la nouvelle articulation, sur laquelle ils se moulent et dont ils limitent les mouvements ainsi que cela avait lieu dans l'observation de Cooper. Les ruptures musculaires tendent à se cicatriser, et les deux moignons se réunissent par des bandes de tissu fibreux. Les tendons et les aponévroses, ainsi que le tissu cellulaire ambiant, s'épaississent et contractent des adhérences. La compression, le tiraillement prolongé peuvent amener des lésions du côté des vaisseaux et des nerfs. De plus, le membre luxé subit une atrophie progressive et perd de son poids. Enfin, par suite de l'attitude vicieuse du membre et de la claudication, la colonne lombaire présente une lordose plus ou moins prononcée, le bassin se déforme et subit une inclinaison et une rotation anormales qui nécessitent, dans la station debout, des courbures compensatrices de la colonne vertébrale, destinées à maintenir l'équilibre du corps.

On voit, par les descriptions qui précèdent, combien profondes deviennent à la longue les modifications qui se produisent au sein des articulations luxées. On n'est pas très fixé sur l'époque d'apparition de ces diverses transformations. Mais il va sans dire que ces énormes productions osseuses ne se produisent qu'au bout d'un temps plus ou moins long.

Un chirurgien de Budapest, Ostermayer (1), a trouvé des lésions semblables à celles que nous venons de décrire au sein d'une luxation ovale datant de 19 mois, pour laquelle il fut obligé de faire une résection; la tête et le col étaient entourés d'un abondant tissu osseux, mais la tête avait conservé sa forme; il y avait seulement ankylose fibreuse, la cavité cotyloïde était peu déformée. Dans un cas de luxation ovale datant de deux ans (2), Mac Cormac a trouvé la tête aplatie, déformée, dépourvue en partie de son cartilage articulaire. La cavité cotyloïde avait perdu sa forme et n'était plus représentée que par une sorte de cupule peu profonde.

En résumé, on conçoit que les mouvements de ces articulations néoformées au niveau du trou ovale soient très limités. S'il arrive qu'échappant à l'ankylose, la tête joue librement dans sa nouvelle cavité de réception, ses mouvements sont limités, soit par les lésions des muscles péri-articulaires, soit parce que le col se trouve enserré par le rebord de la coque osseuse, bien qu'il en soit distinct le plus ordinairement, de sorte que le membre semble être, dans tous les cas, plus ou moins complètement ankylosé.

(1) Ostermayer. — Wiener Klinische Wochenschrift, 1894.

(2) Mac Cormac. — St-Thomas Hosp. Rep., t. IX, 1878.

CHAPITRE II

Clinique

Il est rapporté, par les auteurs, un certain nombre d'exemples de luxations ovalaires qui, non réduites, n'ont pas eu de conséquences fâcheuses.

C'est ainsi que Malgaigne cite le cas d'un canonnier, qui, ayant été atteint d'une luxation ovulaire, n'en continua pas moins à faire manœuvrer sa pièce. De même, nous avons vu précédemment que Sédillot (1) avait cité plusieurs observations de luxations ovalaires, qui n'ont pas empêché ceux qui en étaient atteints de marcher immédiatement, et de se livrer à leurs exercices ordinaires, sans douleur très marquée, et sans claudication gênante. Il rapporte en outre le cas d'un militaire, mort du choléra, dont il fit l'autopsie, et chez lequel il constata l'existence d'une fausse articulation formée au-devant du trou ovulaire par la tête du fémur déplacée et aplatie. Les mouvements étaient gênés, mais le fémur exécutait assez bien un glissement d'avant en arrière et de dehors en dedans, suffisant pour permettre la marche, puisque ce militaire, bien qu'atteint de claudication, n'en faisait pas moins des exercices pénibles. D'autre part, il est rapporté quelques cas de blessés qui, avec de l'exercice, seraient arrivés à faire de leur membre un usage convenable. Mais il convient d'ajouter que ces cas sont tout à fait exceptionnels, et il est permis de se demander s'il ne s'agissait pas de luxations irrégulières ou incomplètes.

Car à côté de ces quelques cas heureux, nombreuses sont les observations dans lesquelles les blessés sont représen-

(1) Sédillot. — Gaz. des Hôp., 1861.

tés comme de véritables infirmes. En raison même de l'attitude spéciale du membre luxé, la luxation ovulaire occasionne le plus souvent une impotence fonctionnelle considérable, et parmi les diverses variétés de luxation de la hanche, c'est une de celles qui sont les plus préjudiciables au malade lorsqu'elles restent non réduites.

Hippocrate en avait étudié les suites avec soin. « Dans la » marche, dit-il, la jambe saine est obligée de se rapprocher » de l'autre, et le tronc s'infléchissant à son tour du même » côté, il en résulte que la fesse saine bombe fortement en » dehors, tandis que le flanc et la hanche du côté luxé pré- » sentent un creux très sensible. Le blessé, ainsi courbé de » côté, perd de sa taille et s'appuie sur un bâton du côté » sain en prenant un autre point d'appui avec la main sur » le côté externe de la cuisse luxée. Les enfants ainsi atteints » cherchent rarement à redresser le corps, mais se traînent » sur la jambe saine, et si, plus tard, ils marchent debout, » portés sur une ou deux béquilles, ils tiennent en l'air le » membre luxé à qui l'atrophie a ôté beaucoup de son poids. » Ce tableau donne une idée exacte de l'état d'infirmité considérable qui résulte des luxations ovulaires lorsqu'elles sont abandonnées à elles-mêmes. Nous avons eu l'occasion d'en observer un cas dans le service de notre maître M. le professeur Tillaux, la luxation datait de quatre mois (Obs. VIII) ; nous avons pu en réunir quelques autres. De l'examen de ces observations il ressort, qu'en raison de l'attitude spéciale du membre luxé, on ne saurait attendre absolument aucun bénéfice de l'exercice du membre, du massage et de l'extension continue. C'est ainsi que M. Ostermayer (Obs. XVI) eut l'occasion d'observer le cas d'un blessé atteint d'une luxation ovulaire, datant de deux ans, qui avait été inutilement soumise pendant de longs mois à l'extension continue, et pour laquelle il fut obligé de pratiquer la résection de l'extrémité supérieure du fémur, afin de remédier à un état d'infirmité persistante et aux douleurs dues à la compression du nerf obturateur.

D'une manière générale, la tête ne trouve pas dans ses nouveaux rapports un point d'appui suffisant pour permettre de faire porter le poids du corps sur le côté malade. De plus, l'abduction, la flexion et la rotation externe du membre sont toujours extrêmement prononcées. Aussi le blessé ne peut-il se tenir debout et marcher sans l'aide d'une et quelquefois de deux béquilles.

Chez le malade, que nous avons observé à l'Hôtel-Dieu, la cuisse était fléchie à 60° ; le genou, dans le décubitus dorsal, reposait sur le bord même du lit, et la face externe du fémur reposait seule sur le plan du lit. Dans la position de repos, l'axe fémoral prolongé en haut venait couper la ligne médiane à mi-chemin de l'ombilic et de la symphyse pubienne. En disposant les membres inférieurs de telle façon que les deux épines iliaques fussent sur une même horizontale, on trouvait, en mesurant de l'épine iliaque antérieure et supérieure au talon du même côté une différence de 20 centimètres entre les deux membres. Mais en laissant prendre au malade sa position ordinaire, sans chercher à ramener les épines iliaques à l'horizontale, on constatait que l'épine du côté malade s'abaissait de 8 centimètres au-dessous de celle du côté sain, et que, par conséquent, il n'existait plus qu'une différence de 12 centimètres dans la hauteur des deux talons.

Les mouvements, que l'on essayait d'imprimer au membre, lorsque le malade était couché, étaient, par suite de l'immobilisation de la tête, très limités et tout de suite douloureux. Les mouvements spontanés étaient possibles, mais ils ne s'exécutaient qu'avec une grande difficulté.

Dans la station debout, la flexion paraît ordinairement moins accusée que dans le décubitus dorsal, mais elle persiste. Il existe un degré plus ou moins marqué d'ensellure lombaire. Le pli fessier est abaissé, et peut dans certains cas être presque complètement effacé, la fesse du côté luxé est aplatie, celle du côté opposé paraît prééminente. Dans un cas de luxation ovalaire datant de deux ans (Obs. XIII), Mac Cormac a observé,

lorsque le malade se tenait debout avec l'aide d'une béquille, une lordose extrêmement prononcée. La cuisse fléchie se trouvait située en avant de la cuisse saine, le pied était tourné en dehors et reposait sur le bord du gros orteil, de sorte que le bassin subissait une inclinaison latérale très prononcée, et le corps se portait du côté malade.

La rotation externe est parfois à peu près compensée par un mouvement de rotation en sens inverse du tibia sur le fémur, mais l'abduction reste toujours considérable, et constitue ordinairement le signe prédominant. L'écart entre les malléoles était de 25 centimètres dans le cas que nous avons observé dans le service de M. Tillaux, et de 16 centimètres dans l'observation de M. Villeneuve (Obs. XIV). Le malade, que nous avons observé, réussissait à placer les deux talons simultanément sur le sol, mais il ne pouvait le faire qu'au prix d'un abaissement du bassin, qui entraînait une courbure latérale de compensation de la colonne lombaire.

La marche peut quelquefois s'effectuer sans béquilles, mais elle est particulièrement pénible et douloureuse en raison de l'abduction et de la différence de longueur des membres. Elle ne s'exécute d'ailleurs qu'avec une extrême lenteur, et ne peut avoir lieu le plus souvent sans le secours de deux cannes. Pour avancer et aller d'un lit à l'autre, le malade que nous avons observé à l'Hôtel-Dieu, faisait progresser avec lenteur le membre luxé, puis lançait brusquement la jambe saine en avant, en évitant de faire porter le poids du corps sur le côté malade, ne pouvant, sans souffrir et risquer de tomber, prendre appui sur le membre luxé. Avec l'aide de deux cannes, la marche s'exécutait un peu plus facilement, mais toujours avec une grande lenteur, et le même degré d'abduction persistait.

Le membre luxé présente ordinairement, au bout d'un temps très court, une atrophie notable. La circonférence de la cuisse prise à 10 centimètres de la rotule donnait une différence de 2 centimètres entre les deux côtés, dans le cas d'une luxation de quatre mois (Obs. VIII). La différence était de 6 centimètres

vers la partie moyenne de la cuisse dans le cas d'une luxation datant de 50 jours (Obs. XIV).

Les troubles trophiques, habituellement précoces, ne font que s'accroître avec le temps. De même la lordose lombaire et les déformations du bassin, consécutives à l'attitude vicieuse du membre et à la claudication, deviennent à la longue très prononcées. C'est ainsi que Mac Connac a observé (Obs. XIII), dans un cas de luxation ovale, datant de deux ans, en même temps qu'une lordose extrême, une torsion excessive du bassin qui ne put être que difficilement corrigée, à la suite du redressement du membre.

Le blessé atteint de luxation ovale de la hanche est donc un infirme, dans toute l'acception du mot, incapable de se livrer à un travail pénible, et voué à l'usage des béquilles. Aussi, dès que les procédés de réduction ont échoué, il n'y a que des inconvénients à temporiser; un tel état d'impotence qui ne peut que s'aggraver avec le temps et aboutir à l'ankylose du membre dans une attitude vicieuse, réclame à tout prix une intervention; et ce n'est pas un des moindres bienfaits de la chirurgie moderne que de pouvoir rendre l'usage de leur membre à de malheureux estropiés, incapables le plus souvent de gagner leur vie. C'est ainsi que chez le blessé, dont l'état symptomatique et fonctionnel a servi en partie de base à la description qui précède, notre maître M. le professeur Tillaux obtint, par l'intervention sanglante, un résultat tel, que le malade put, à sa sortie de l'hôpital, reprendre ses travaux comme auparavant, avec un membre aussi solide et aussi parfait que s'il n'avait subi aucun traumatisme.

CHAPITRE III

Traitement

Avant d'énumérer les divers modes d'intervention, appliqués au traitement des luxations anciennes, il convient de donner un aperçu des principaux obstacles qui s'opposent à la réduction.

Causes d'irréductibilité. — Les obstacles à la réduction proviennent soit des muscles, soit de l'appareil ligamenteux et capsulaire. Nous avons vu précédemment qu'autrefois l'unique obstacle à la réduction, admis par les chirurgiens, était attribué aux muscles. Puis, nous avons vu, qu'à la suite des travaux de M. le professeur Tillaux, de Bigelow, il fut nettement établi que le principal obstacle provenait de la capsule et des ligaments, et que l'action des muscles n'était en somme que secondaire.

Ces divers obstacles agissent différemment pour s'opposer à la réduction, suivant qu'il s'agit d'une luxation récente ou d'une luxation remontant à une date plus ou moins éloignée. En général, dans les cas de luxation récente ou datant seulement de quelques semaines, les muscles font obstacle à la réduction parce qu'ils subissent une contracture d'abord passagère, puis permanente, qui peut gêner la manœuvre si la résolution par le chloroforme n'est pas complète, beaucoup plus rarement parce qu'ils sont traumatisés ou détruits; ils peuvent encore exceptionnellement s'interposer entre la tête et la cavité ou bien la retenir dans un étranglement.

Dans les cas de luxation récente, la portion capsulaire restée intacte, représentée surtout par le ligament iléo-fémoral, lorsqu'elle est soumise à des tractions intempestives, oppose une résistance insurmontable. Le ligament s'applique sur le col du fémur et l'empêche de revenir à sa place. D'autre part, la portion capsulaire restée intacte descend, s'interpose entre la cavité et la tête, et celle-ci ne pourra reprendre sa place à la suite d'un mouvement de rotation qu'au prix d'une déchirure capsulaire. Enfin, l'étroitesse de la déchirure devient un facteur d'autant plus puissant d'irréductibilité que les tractions, exercées sur la cuisse étendue, sont plus fortes ; nous avons vu, à propos de la manœuvre de réduction, comment on obviait d'ordinaire à ces inconvénients, en employant la méthode de flexion ; un lambeau capsulaire peut néanmoins s'interposer entre la tête et la cavité ; mais suivant M. Gellé, cette disposition ne s'observerait que dans les cas où la déchirure se fait à l'insertion fémorale ce qui est très rare. Dans les manœuvres de force, il sera rationnel d'exercer les tractions sur la cuisse fléchie.

Au bout d'un temps variable, les causes d'irréductibilité tiennent aux modifications qui se produisent au sein de l'article luxé et aux lésions musculaires. Les bords de l'orifice capsulaire tendent à se cicatriser, dès les premiers jours qui suivent le traumatisme, et, par suite, peuvent dans certains cas amener par leur rétraction, une diminution notable de cet orifice, susceptible de résister plus ou moins et parfois même de s'opposer tout à fait à la rentrée de la tête dans le cotyle. Puis la bourse capsulaire se rétracte, les portions capsulaires et ligamenteuses, étendues au-devant de la cavité cotyloïde, tendent à contracter des adhérences avec le rebord cotyloïdien, de façon à obturer plus ou moins complètement la cavité. Enfin les muscles péri-articulaires s'atrophient, se rétractent et ne permettent plus à la tête de rentrer dans la cavité cotyloïde.

Le rétrécissement de l'orifice de sortie, et la rétraction de la bourse capsulaire, sont les obstacles qui apparaissent les

premiers. Si le rétrécissement de l'orifice n'est pas trop marqué, si les adhérences au pourtour cotyloïdien ne sont qu'en voie de formation, si les muscles sont seulement contracturés, on peut compter sur une réduction possible par la manœuvre de réduction, combinée aux tractions. L'adhérence complète de la capsule au rebord cotyloïdien, et les lésions des muscles péri-articulaires constituent au contraire des lésions qui nécessitent une intervention opératoire. La capsule et le ligament de Bertin s'interposent alors entre la tête et la cavité et forment un obstacle solide à la rentrée de la tête, et les muscles rétractés ne permettent plus à la tête de reprendre sa place.

A côté des obstacles musculaires et capsulaires, il faut placer ceux qui proviennent d'une part de l'immobilisation de la tête fémorale, qui subit une sorte d'ankylose fibreuse, susceptible au bout d'un temps très court de résister aux tractions et d'autre part de la présence dans l'intérieur du cotyle de tissu fibreux néoformé, qui s'ajoute aux débris capsulaires pour l'obstruer. Puis, les déformations que présente à la longue la tête fémorale, ainsi que les déformations et l'amincissement des bords de la cavité cotyloïde, dont la forme tend à disparaître, sont autant de lésions qui nécessiteront une intervention opératoire, dans les cas de luxations anciennes. Enfin les énormes productions osseuses, que nous trouvons signalées dans plusieurs observations, la soudure de la tête au bassin dans les luxations très anciennes, seront aussi justiciables de la méthode sanglante.

L'époque d'apparition de ces diverses lésions, essentiellement variable, ne saurait être déterminée d'une façon exacte, et la ligne de démarcation entre les luxations récentes et les luxations anciennes ne saurait être établie d'une façon absolue, aussi est-il difficile de préciser les règles du traitement. En général, suivant M. Ch. Nélaton (1), pendant les deux ou trois premiers mois, le chirurgien peut espérer que les

(1) Ch. Nélaton. — Archives générales de Médecine, 1889.

modifications osseuses, ligamenteuses et musculaires ne sont pas encore produites, ou ne sont pas assez prononcées pour constituer un obstacle sérieux, et la réduction peut être obtenue. Au delà de ce terme, ces modifications ne sont pas absolument certaines, et jusqu'à un délai de huit à neuf mois même, le chirurgien est autorisé à tenter la réduction, bien que dans la majorité des cas, au-delà de deux à trois mois, il faille intervenir par une opération; l'intervention opératoire peut, il est vrai, être nécessaire beaucoup plus tôt, même dans le cas d'une luxation récente, s'il s'agit d'irréductibilité occasionnée par une complication, telle que l'étranglement de la tête par des brides fibreuses ou musculaires. Enfin, au bout de huit à neuf mois, il est difficile d'admettre que les surfaces articulaires aient conservé une conformation permettant leur rapprochement, ou que les liens fibreux et musculaires aient conservé une extensibilité suffisante pour permettre la réduction.

I. — Méthode des Tractions

Quoi qu'il en soit, lorsqu'une luxation récente ou datant seulement de quelques mois résiste à plusieurs tentatives de réduction par les manœuvres de douceur, que nous avons étudiées précédemment, le chirurgien doit avoir recours aux tractions. Nous ne décrirons pas les appareils qui sont employés, on se sert habituellement des mouffles. Les tractions devront être exercées sur la cuisse fléchie, en ayant soin d'immobiliser le bassin. Bigelow a fait construire, à cet effet, un trépied, qui se place au-dessus du malade, couché sur le dos. En même temps, Bigelow conseille de faire exécuter des mouvements de circumduction au membre, de façon à faire balayer le rebord cotyloïdien par la tête, et à rompre les adhérences.

M. Desprès (1) a publié une observation de luxation ovale,

(1) Desprès. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1879.

datant de deux mois, qu'il réduisit au moyen de tractions répétées (Obs. XII). M. Desprès avait fait précéder les tractions, qui furent faites dans l'extension, de mouvements imprimés au membre, notamment dans la flexion, de façon à rompre les adhérences; puis des tractions de 200 kilog. d'abord, puis de 300, avaient été pratiquées à l'aide des mouffles. Ces tractions considérables ne sont pas exemptes de danger, et M. Desprès fait remarquer qu'il fut à plusieurs reprises obligé de les interrompre par suite d'éraillures des téguments.

La réduction par les tractions devra toujours être tentée. Mais lorsque la luxation résiste à plusieurs tentatives, faites dans les conditions rationnelles que nous avons indiquées, il ne faut pas insister; il y a tout avantage à recourir d'emblée à une intervention sanglante. Des tractions trop longtemps répétées risqueraient de mettre l'articulation luxée dans de mauvaises conditions pour subir une opération ultérieure. D'ailleurs, suivant la remarque de Trélat (1), après 5 mois, la réduction si elle n'est pas obtenue par les procédés de douceur serait rarement obtenue par les procédés de force, et ces derniers réussiraient surtout dans les premiers mois, alors que l'obstacle réside dans les résistances musculaires et fibreuses, tandis que, après 2 ou 3 mois, la possibilité de la réduction ne dépend que de l'état anatomique.

Nous trouvons signalés un certain nombre d'exemples de réduction obtenue par la flexion et l'adduction forcées du membre. En exagérant la flexion et l'adduction, jusqu'à ce que le genou touche la poitrine, et que le membre croise le membre sain, M. Guérmonprez a pu, dans plusieurs cas de luxations ovalaires anciennes, obtenir un bon résultat (2) et même rompre de véritables ankyloses.

(1) Trélat. — *Semaine médicale*, 1885.

(2) Mouezy. — *Th. de Paris*, 1896.

II. — Méthode sanglante.

Sections fibreuses et tendineuses sous-cutanées. — La ténotomie, tentée à différentes reprises, n'a pas permis d'obtenir la réduction. Elle ne s'adresse pas à la principale cause d'irréductibilité, c'est-à-dire au rétrécissement de la capsule, à son adhérence au pourtour cotyloïdien et à son interposition entre la tête et sa cavité de réception. La section des tendons des muscles rétractés ou des brides fibreuses qui immobilisent la tête, ne suffit pas d'ordinaire à permettre la réduction. Or, la section sous-cutanée du plan fibreux interposé entre la tête et la cavité est le plus souvent impossible et on conçoit qu'elle ne serait pas exempte de dangers dans les cas de luxations ovalaires. Aussi ce procédé doit-il être complètement abandonné.

Arthrotomie. — L'idée de remettre en place les surfaces articulaires, en sectionnant à ciel ouvert les brides fibreuses qui immobilisent la tête, avait de bonne heure tenté les chirurgiens. Mais les tentatives de réduction, faites dans ces conditions, restaient infructueuses, et les chirurgiens, après avoir incisé les téguments et mobilisé la tête, se trouvant dans l'impossibilité de réduire, terminaient invariablement leur opération par une résection.

Notre maître, M. le Dr Polaillon (1), réussit, en 1882, à réduire, après arthrotomie, une luxation ovale de la hanche (Obs. XV). Après plusieurs tentatives de réduction par les tractions, la luxation étant restée irréductible, M. Polaillon se proposa d'opérer la réduction, en mettant à nu la capsule articulaire, et en détachant les adhérences. Il fit une incision de dix centimètres environ à partir de l'épine iliaque antérieure et inférieure et arriva sur l'articulation coxo-fémorale. Le grand trochanter fut trouvé fixé dans la cavité cotyloïde. Le bord

(1) Polaillon. — Bull. de la Soc. de Chir., 1883.

supérieur de celle-ci était masqué par une couche épaisse de tissu fibreux, qui s'étendait entre le bord supérieur du col du fémur et la partie supérieure du sourcil cotyloïdien. M. Polaillon conduisit alors un bistouri le long de son doigt, et sectionna cette couche fibreuse. Il put ensuite contourner le col, et introduire le doigt dans la cavité cotyloïde, qui était libre. La réduction fut alors tentée, mais elle échoua. Les muscles qui s'inséraient au bord antérieur et à l'extrémité supérieure du grand trochanter apportaient un obstacle à la rentrée de la tête. M. Polaillon détruisit alors ces insertions avec une rugine, puis il fit les manœuvres de réduction, et la tête rentra dans la cavité cotyloïde. Malheureusement, le malade, qui était un alcoolique avéré, succomba quelques jours après l'opération, et il ne fut pas possible de juger des suites opératoires. Néanmoins, à l'autopsie, la tête fémorale fut trouvée solidement fixée dans le cotyle, et il fallait faire effort pour l'en faire sortir.

L'observation de M. Polaillon présente un très grand intérêt, car, le premier en France, il avait réussi à réduire une luxation ancienne de la hanche à la suite de l'arthrotomie, à une époque où la question de l'intervention sanglante dans les luxations anciennes de la hanche préoccupait vivement les chirurgiens. A l'étranger, Vecelli réussit deux fois à obtenir la réduction à la suite de l'arthrotomie. Dans l'un de ces cas, il s'agissait aussi d'une luxation ovulaire (1).

M. Polaillon avait ainsi démontré que le véritable obstacle à la réduction était bien dû à l'intégrité du ligament de Bertin et aux débris capsulaires qui s'interposent entre la tête et la cavité cotyloïde. L'incision pratiquée par lui, à partir de l'épine iliaque antérieure et inférieure, et descendant à la partie antérieure de la hanche en suivant le bord antérieur du trochanter, l'avait conduit directement sur l'articulation et sur les adhérences qu'il fallait détruire. On ne peut, en effet, réussir à obtenir la réduction, qu'au moyen d'une incision permettant.

(1) Vecelli. — Archivio di Orthopedia, 1887.

d'explorer la cavité cotyloïde, et d'inciser le tissu fibreux qui l'obture. M. le docteur Ch. Nélaton a insisté sur ce fait à propos des échecs subis par les chirurgiens à la suite de l'arthrotomie pratiquée pour des luxations iliaques. Pratiquée dans ces conditions, l'arthrotomie pourra donc donner des succès, mais il convient d'ajouter que si la luxation est déjà ancienne, il faudra, pour obtenir la réduction, inciser, outre les débris capsulaires et le ligament de Bertin, une partie des muscles péri-cotyloïdiens ainsi qu'a dû le faire M. Polaillon. Au bout d'un certain temps, en effet, les lésions musculaires deviennent un nouvel obstacle à la réduction. Ces lésions se produisent à une époque variable, qu'il est difficile de préciser, mais, en général, suivant M. le docteur Ch. Nélaton, on peut supposer qu'après deux ou trois mois, elles sont assez prononcées pour s'opposer à la rentrée de la tête dans le cotyle, et dans les luxations très anciennes, cet obstacle peut être tel, qu'il faut, pour obtenir la réduction, pratiquer des sections multiples, ce qui entraîne des dégâts considérables autour de l'articulation (1). La réduction opérée dans ces conditions ne donnera donc qu'un résultat imparfait, l'articulation se trouvant privée de ses principaux moyens de soutien, par suite des sections ligamenteuses et musculaires très étendues.

La réduction à ciel ouvert ne donnera un résultat favorable que si elle est pratiquée à une époque peu éloignée du traumatisme, avant l'apparition des lésions musculaires; elle réussira dans les cas de luxations irréductibles récentes, ou ne datant que de quelques semaines, car, en décollant les adhérences capsulaires et ligamenteuses avec la rugine, et en libérant la cavité cotyloïde, on pourra obtenir la réduction et conserver le ligament de Bertin. Malheureusement, dans la majorité des cas, le chirurgien est appelé à intervenir beaucoup plus tard, et la réduction, pratiquée dans ces conditions, ne donnera pas ce qu'on serait en droit d'attendre.

(1) Ch. Nélaton. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1890.

Résection de la tête. — Réintégration du col dans la cavité cotyloïde. — La résection de la tête fémorale, pratiquée en dernier ressort par les chirurgiens, lorsqu'ils échouaient dans leurs tentatives de réduction à ciel ouvert, n'en donne pas moins des résultats en général satisfaisants, et, malgré un raccourcissement notable, la marche est le plus souvent facile. Mais, si les résultats immédiats de la résection sont relativement bons, il n'en est pas toujours de même des résultats éloignés. Il arrive souvent, ainsi que le fait remarquer M. Ch. Nélaton, qu'au bout d'un temps plus ou moins long, l'extrémité osseuse, imparfaitement fixée, remonte et occasionne un raccourcissement parfois considérable, entraînant une claudication très prononcée.

En réduisant le col dans la cavité cotyloïde après résection de la tête, M. le Dr Ricard (1) remédia d'une façon heureuse à ce dernier inconvénient. Après avoir réséqué la tête au ras du col, M. Ricard, le premier, put obtenir et maintenir la réduction ; car, en raccourcissant le fémur de la hauteur de la tête, trois centimètres environ, il avait pu remédier au raccourcissement des muscles ; en détachant avec la rugine la capsule de ses adhérences, en la rendant mobile, il avait remédié à l'obstacle capsulaire : et, en évitant ainsi les sections musculaires et ligamenteuses, il avait conservé de la force à la nouvelle jointure.

Dans les cas, où la cavité cotyloïde n'est pas trouvée normale, M. Ricard la nettoie, l'élargit avec la rugine, et si elle est déformée ou obturée par des ostéophytes, il la reconstitue à l'aide du ciseau et du maillet.

Notre maître, M. le professeur Tillaux, dans un cas de luxation obturatrice datant de quatre mois, obtint, par la résection de la tête et l'introduction du col dans la cavité cotyloïde, un succès remarquable (Obs. VIII) (2). Après plusieurs tentatives infructueuses de réduction par le procédé de force au

(1) Ricard. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1890.

(2) Tillaux. — Revue d'orthopédie. Paris, 1893.

moyen des mouffles, M. Tillaux pratiqua une incision de dix centimètres parallèlement et en arrière du relief formé par le tendon du grand adducteur. La résection de la tête, qui était immobilisée, fut pratiquée au niveau de son insertion au col à l'aide du ciseau et du maillet. Puis, le membre étant remis dans la rectitude, M. Tillaux plaça le col dans la cavité cotyloïde, qui ne présentait pas d'altération. Le membre fut soumis à l'extension continue. L'immobilisation complète fut prolongée pendant un mois. Le malade put alors faire quelques mouvements dans son lit. Deux mois après l'opération, il commença à se lever, et la marche fut possible presque aussitôt, d'abord avec deux béquilles, puis avec deux cannes. Lorsque le malade quitta l'hôpital, on ne constatait à la vue aucune déformation apparente; les deux membres présentaient exactement la même longueur. Le malade exécutait facilement tous les mouvements: il pouvait marcher aisément sans canne, et sans claudication, et le membre, ni dans son attitude, ni dans ses fonctions, ne conservait aucune trace de l'intervention opératoire. Les résultats étaient donc absolument parfaits et équivalaient à une véritable *restitutio ad integrum*.

Ce procédé opératoire est applicable dans la majorité des cas, et est le procédé de choix. La ligne de conduite du chirurgien semble donc devoir être la suivante: après l'ouverture de l'articulation, si la tête peut être mobilisée, on devra chercher à réduire en soulevant et en décollant la capsule avec la rugine, mais il ne faudra pas s'attarder à chercher une réduction qu'on n'obtiendra le plus souvent qu'au prix d'énormes sacrifices, on se comportera comme si la tête était complètement immobilisée, on réséquera la tête suivant le procédé de M. Ricard, et on introduira le col décapité dans la cavité cotyloïde, libérée ou reconstituée si elle est déformée. Dans les cas, où la réduction du col ne pourrait être obtenue, il faudrait s'en tenir à la résection pure et simple de la tête. En effet, suivant la remarque de M. Ch. Nélaton (1),

(1) Ch. Nélaton. — Bulletin de la Soc. de chir. 1890.

il peut arriver que le raccourcissement des muscles, dépassant trois ou quatre centimètres, la résection de la tête ne suffise plus pour permettre de ramener le col dans la cavité cotyloïde; dans ces cas, le malade n'en retirera pas moins un bénéfice relativement satisfaisant de la résection simple.

Ostéotomie. — Toutefois, dans certains cas de luxations très anciennes, où non seulement la tête, mais encore le col se trouvent englobés dans un abondant tissu osseux de nouvelle formation, dans ces cas où le membre est ankylosé dans une mauvaise position, on conçoit que la résection de la tête soit particulièrement laborieuse. L'ostéotomie sera alors d'une pratique plus facile, et dans les cas de luxations même peu anciennes où, pour un motif quelconque, la résection sera difficilement praticable, l'ostéotomie en redressant le membre donnera encore des résultats fort acceptables. L'ostéotomie sera préférable à l'ostéoclasie, bien que ce dernier procédé ait pu, dans certains cas, donner de bons résultats (1).

M. le docteur Villeneuve, de Marseille (2) (Obs. XIV), eut l'occasion de pratiquer une ostéotomie intra-trochantérienne pour une luxation ovale, de date relativement récente, et obtint un bon résultat. Après plusieurs tentatives infructueuses de réduction, il divisa le trochanter vers son tiers inférieur et redressa le membre. Quand le malade quitta l'hôpital, le membre opéré occupait une situation normale avec une légère flexion de la cuisse sur le bassin; il existait un raccourcissement de quatre centimètres. Néanmoins le malade pouvait se livrer à de petits travaux sans même se servir de canne et sans claudication gênante.

Résection de l'extrémité supérieure du fémur. — Quelques chirurgiens ont également pratiqué des résections de l'extrémité supérieure du fémur pour des luxations ovalaires ancien-

(1) Verneuil, Bouilly. — Congrès de chirurgie 1886

(2) Villeneuve (de Marseille). — Revue d'orthopédie. Paris, 1892.

nes et ont obtenu de bons résultats. Mac Cormac (1) (Obs. XIII) eut l'occasion de pratiquer la résection de l'extrémité supérieure du fémur, pour une luxation ovalaire, qui datait de deux ans. La cavité cotyloïde fut trouvée oblitérée, complètement déformée, et ne pouvait être utilisée comme surface articulaire. La tête fémorale était aplatie, partiellement absorbée, et avait perdu son cartilage. Dans ces conditions, Mac Cormac divisa l'os à l'aide du ciseau juste au-dessus du petit trochanter, et enleva la tête, le col et le grand trochanter. Le membre fut redressé dans une bonne position, et soumis à l'extension continue. Le résultat opératoire fut excellent. A sa sortie de l'hôpital, le malade pouvait marcher sans trop de difficulté, il pouvait fléchir et étendre la cuisse ; le membre était droit. Le raccourcissement, qui était de trois centimètres, pouvait être facilement corrigé par des brodequins à semelles épaisses.

Un chirurgien de Budapest, M. Ostermayer (2) (Obs. XVI), a publié une observation de luxation ovalaire ancienne, datant de 19 mois, pour laquelle il pratiqua la résection de la tête du col et du grand trochanter. A l'examen, il était impossible de sentir la tête fémorale, le grand trochanter était profondément caché au milieu des muscles; il y avait ankylose complète.

L'ancienneté de la luxation, et la soudure osseuse ne permettaient pas d'espérer la possibilité d'une réduction par la méthode sanglante. Ostermayer pratiqua alors une incision immédiatement en arrière du grand trochanter, commençant en haut au-dessous de la crête iliaque, et descendant parallèlement au bord postérieur du trochanter jusqu'au-dessous de sa base. Après avoir sectionné le grand fessier, il réséqua une lamelle osseuse, couverte de son périoste, et des insertions fibreuses des muscles tout le long du grand trochanter. Après avoir détaché les parties molles, qui s'insèrent sur le col et le grand trochanter, il arriva sur la moitié supérieure de la cavité cotyloïde, dont la moitié inférieure était occupée par

(1) Mac Cormac. — Saint-Thomas Hosp. Rep. T. IX, 1878.

(2) Ostermayer. — Wiener Klinische Wochenschrift, 1894.

le sommet du trochanter qui y était solidement fixé. Mais la position de la tête fémorale ne pouvait être déterminée d'une façon précise, ses contours n'existaient plus, elle était maintenue dans le trou obturateur, qui formait la nouvelle cavité articulaire, par de nombreux ostéophytes détachés du rebord osseux de ce trou, qui entouraient et emprisonnaient non seulement la tête mais encore une grande partie du col. Dans ces conditions, Ostermayer réséqua l'extrémité supérieure du fémur à la partie supérieure du petit trochanter, et il ne put extraire la partie réséquée que par morcellement et avec la plus grande difficulté. Il arrondit ensuite à l'aide du ciseau et du marteau l'extrémité supérieure de la partie restante du fémur, et, après avoir enlevé la portion du rebord cotyloïdien augmentée de volume, épaissie, qui faisait saillie dans la cavité, il introduisit l'extrémité du fémur dans le cotyle. Dans la suite, le membre fut soumis à l'extension continue. Au bout d'un mois et demi, on soumit le membre à des mouvements actifs et passifs. Le malade pouvait s'asseoir dans son lit. Les mouvements de flexion d'abduction, d'adduction, de rotation, faits d'une façon modérée, étaient indolores et pouvaient être exécutés par le malade lui-même. Deux mois après l'opération, le malade commença à marcher avec deux béquilles d'abord, puis avec deux cannes. Quelques accidents superficiels, survenus au niveau de l'incision, retardèrent le départ du malade et troublèrent la guérison complète de la résection en obligeant le malade à garder le lit, mais n'intéressèrent pas la nouvelle jointure, qui pouvait exécuter tous les mouvements d'une façon presque normale. Lorsque le malade quitta l'hôpital il pouvait marcher facilement avec une canne, tous les mouvements de l'articulation étaient libres et indolores.

La résection n'avait pas produit de raccourcissement, et le membre réséqué présentait même un allongement de un centimètre. Mais cette constatation paradoxale, ainsi que le fait remarquer Ostermayer, était due à ce que le blessé avait

été atteint antérieurement d'une fracture du fémur opposé, qui avait guéri avec un raccourcissement de 9 centimètres, ce qui avait occasionné une différence de longueur en faveur du membre luxé, qui fut ensuite réséqué, et, sans cette circonstance spéciale, le raccourcissement eût été notablement prononcé.

Le résultat opératoire n'en fut pas moins très favorable. Au point de vue fonctionnel, à une ankylose qui occasionnait des douleurs dues à la compression du nerf obturateur, l'opération avait substitué une articulation à peu près normale, permettant la libre exécution de tous les mouvements, dans les limites normales ; le malade pouvait se tenir debout et marcher sans difficulté. En effet, la nouvelle articulation fut le siège d'un processus de régénération, et, à la place du grand trochanter, s'est formée une masse osseuse volumineuse, à la production de laquelle ont dû contribuer le périoste et la lamelle osseuse, qui ont été laissés en place. Le mouvement de rotation persistait après l'opération, malgré la désinsertion de la plupart des muscles rotateurs. Ce résultat semble devoir être attribué à l'adhérence des tendons au périoste qui fut laissé, et, si l'extrémité du fémur ne s'était pas régénérée d'une manière aussi favorable, l'insertion des muscles rotateurs eût été compromise de même que les mouvements auxquels ils président.

En résumé, si nous comparons les résultats obtenus par les différents procédés opératoires, qui furent appliqués par les chirurgiens au traitement des luxations irréductibles, nous pouvons conclure, qu'en présence d'une luxation de la hanche restée irréductible, malgré l'emploi des procédés de douceur et de force, si la luxation est relativement récente, l'arthrotomie, pratiquée dans les conditions voulues pour lever les obstacles, pourra permettre d'obtenir la réduction. Si la luxation est quelque peu ancienne, la réduction à la suite de l'arthrotomie ne s'obtiendra qu'au prix de dégâts parfois considérables au pourtour de l'articulation. Le procédé de choix, dans ces conditions, sera la résection de la tête fémorale, avec réintégration

du col dans la cavité cotyloïde, préalablement libérée et reconstituée dans les cas où elle est oblitérée ou déformée. Ce procédé opératoire est applicable dans la majorité des cas. Dans les cas relativement rares où, par suite de lésions musculaires trop avancées, la résection de la tête ne suffirait pas à permettre la réduction du col, il faudrait s'en tenir à la résection de la tête. Dans certains cas de luxations très anciennes on pourra aussi avoir recours aux différents procédés d'ostéotomie, d'ostéoclasie ou de résection de l'extrémité supérieure du fémur. Nous avons vu que ces opérations donnaient encore des résultats fort acceptables.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Luxation ovale de la hanche droite, n'ayant subi aucune tentative de réduction. — Autopsie.

(Hôtel-Dieu, service de M. Polaillon. — Recueillie par M. Sourdille, interne du service et publiée dans les Bulletins de la Société Anatomique, Mai 1895).

Un jeune homme de seize ans, Pierre R., maçon, tombe, le 7 mai 1895, de la hauteur d'un troisième étage, et est immédiatement amené à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le Dr Polaillon.

A son entrée à l'hôpital le malade est dans le collapsus le plus complet. Il porte à la tête plusieurs plaies contuses peu profondes, mais il ne perd de sang ni par le nez ni par les oreilles.

En dehors de son état général très grave, ce qui attire tout d'abord l'attention, c'est l'attitude du membre inférieur droit.

La cuisse droite, très légèrement fléchie sur le bassin, est dans une abduction telle, qu'elle fait un angle d'environ 50° avec la verticale. Elle présente en même temps un certain degré de rotation externe. La jambe est fléchie à angle droit sur la cuisse, le pied reposant sur le plan du lit par son bord externe.

La région de la hanche est aplatie; à la place de la saillie normale du grand trochanter existe un méplat très accentué.

La tête fémorale est très facilement sentie à la partie interne du pli de l'aîne, un peu au-dessous du ligament de Fallope, dans le triangle de Scarpa. Celui-ci est déformé et présente une voussure manifeste. Ajoutons enfin que le membre inférieur est complètement immobilisé dans la position que nous avons décrite, et il est impossible de lui communiquer des mouvements.

A cette attitude spéciale, à cette constatation de la présence de la tête fémorale au-dessous de la branche ilio-pubienne, il était facile de diagnostiquer une luxation obturatrice de la hanche. C'était d'ailleurs à quoi se bornait le rôle du chirurgien. Car, le malade étant mort une demi-heure après son entrée dans la salle, aucune tentative de réduction n'a pu être faite.

Autopsie. — Le membre inférieur droit est toujours en abduction forcée et en rotation externe ; mais son immobilisation est moins complète qu'au moment de l'accident, et on peut lui communiquer quelques mouvements, grâce probablement à l'altération cadavérique des muscles.

La mensuration, que nous n'avions pu faire lors des premières constatations, est alors pratiquée avec soin. Elle donne les résultats suivants.

Pratiquée du côté de la luxation, de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'extrémité inférieure de la rotule, le membre restant dans son attitude primitive, c'est-à-dire en abduction, flexion, et rotation externe, elle indique un raccourcissement apparent de trois centimètres environ sur le membre du côté opposé, celui-ci étant dans l'extension et dans la rectitude, c'est-à-dire parallèle à l'axe vertical, passant par le milieu du corps. Mais elle est évidemment imparfaite, étant donné le défaut de symétrie des deux membres. Si, au contraire, on met le membre sain dans une position sensiblement symétrique à celle du membre blessé (abduction, flexion et rotation externe), on constate alors un allongement réel de un centimètre et demi à l'actif du membre luxé.

Ces constatations importantes une fois faites, les parties molles de la cuisse sont excisées depuis le milieu de l'arcade crurale jusqu'au genou, et les différents plans musculaires et aponévrotiques du triangle de Scarpa sont écartés par une dissection minutieuse. Voici ce qu'on observe :

La tête du fémur est située immédiatement sous la peau et l'aponévrose superficielle. Elle repose sur le muscle obturateur externe, empiétant légèrement sur la face antérieure du pubis droit, et de sa branche descendante. Le ligament rond est arraché à son insertion fémorale. Le muscle pectiné et les deux premiers adducteurs sont rompus à trois centimètres de leur insertion pubienne. Le moignon supérieur de ces muscles présente une surface de section nette, rétractée, qui indique une rupture véritable et non une simple dilacération.

Le col du fémur est en rapport, en avant, avec les vaisseaux fémoraux et le nerf crural, soulevés et comme tendus par un chevalet. Cette face antérieure du col est de plus encerclée par le tendon du psoas, qui la bride.

Les fibres du muscle iliaque, qui s'insèrent directement au fémur, ainsi que celles qui viennent s'insérer obliquement sur le côté externe du tendon du psoas sont également rompues. En arrière, le col repose sur le muscle obturateur externe et le sourcil cotyloïdien. Le bord supérieur du grand trochanter est à cheval sur la partie inférieure du sourcil cotyloïdien, un peu en arrière de l'échancrure ischio-pubienne, pénétrant par sa moitié antérieure

dans la cavité cotyloïde déshabité. Son angle postéro-supérieur très saillant est reçu dans la gouttière sous-cotyloïdienne de l'ischion.

La capsule est largement ouverte en bas et en avant. Elle est déchirée au ras du bourrelet cotyloïdien, dans toute sa demi-circonférence antéro-inférieure. Les deux extrémités de la déchirure capsulaire sont situées sur une ligne oblique, tirée de l'épine iliaque antéro-inférieure, à un point saillant à cinq millimètres en arrière de la corne postérieure de l'échancrure ischio-pubienne.

Le ligament de Bertin, ou faisceau interne du ligament ilio-fémoral de Bigelow est conservé et très tendu. C'est la tension de ce résistant faisceau, qui joue manifestement le rôle le plus actif, dans la détermination et le maintien de la position du membre en abduction, flexion et rotation externe.

Le rôle du psoas, pour être évident ici, n'en paraît pas moins accessoire.

Notons encore une fracture sans déplacement de la branche ischio-pubienne en son milieu.

En outre des lésions ci-dessus décrites, il existe dans la cavité pré-vésicale un abondant épanchement de sang, remontant à cinq centimètres environ au-dessus du pubis, et s'étendant jusqu'au milieu de l'arcade crurale. Cet épanchement est indépendant de celui que nous signalerons tout à l'heure dans les deux fosses lombaires et paraît directement en rapport avec les lésions de la hanche.

L'examen des viscères a permis de constater les lésions suivantes : Rupture du rein droit, fendu suivant son diamètre horizontal, et divisé presque en deux moitiés supérieure et inférieure. Vaste épanchement sanguin dans l'atmosphère celluleuse, et dans la fosse lombaire droite. A gauche également, grande suffusion sanguine dans la fosse lombaire, et dans l'atmosphère celluleuse du rein gauche. Celui-ci est mou, sa capsule est infiltrée de sang. Dans son parenchyme, existent de petites ecchymoses multiples, mais pas de grosses ruptures. Le foie présente également sur sa face convexe de larges fissures superficielles, ne dépassant pas 4 à 5 millimètres de profondeur.

Il en existe trois, dont une de plus de dix centimètres de long sur le lobe droit, et une quatrième plus profonde, au niveau du lobe gauche et du lobe droit.

Thorax, poumons, cœur : sains

— L'autopsie du crâne n'a pas été faite.

Dans ce cas, les causes de la mort sont certainement multiples, mais, bien que l'état de l'encéphale et du crâne n'ait pu être constaté, il est cependant extrêmement probable que la principale cause réside dans les lésions rénales, et dans l'abondante hémorrhagie qui en a été la conséquence.

OBSERVATION II

Luxation complète du fémur dans le trou ovale n'ayant subi aucune tentative de réduction. — Autopsie.

M. Duboué (Bulletin, de la Société anatomique, 1859).

Gauthier P..., âgé de 54 ans, scieur de marbre, est entré le 22 octobre 1858 à St-Louis, quelques heures après avoir été surpris par un accident, dont il est resté victime. Transporté au n° 22 de la salle St-Augustin, à l'heure de la visite, cet homme se trouve dans un état tellement grave, qu'il peut à peine répondre aux questions que lui adresse M. Foucher, dirigeant en ce moment le service de M. Richet.

Les personnes qui l'accompagnent nous apprennent qu'il a été renversé par un bloc de marbre très volumineux qui a atteint le côté gauche de sa poitrine, au moment où il écartait violemment la jambe droite pour fuir le danger qui le menaçait.

Le membre inférieur gauche supportant alors le poids de cette masse dont il n'a pu se garantir, a subi un écartement forcé, et l'on a dû venir au secours du blessé, qui ne pouvait pas se relever. Le malade confirme d'ailleurs ce témoignage, et dit ne pas avoir perdu connaissance.

Voici l'état dans lequel il se présente à nous :

La pâleur de la face et les traits du visage expriment une anxiété extrême. La respiration est difficile et fréquente, et pourtant la poitrine se soulève à peine sous l'effort des muscles qui s'y attachent et qui participent à l'impuissance dont est frappé le système musculaire tout entier.

Le malade demeure dans une immobilité absolue. Néanmoins, les mouvements volontaires sont possibles, quoique exécutés avec lenteur. La sensibilité un peu obtuse, il est vrai, persiste à la surface du corps. Le membre inférieur gauche a seul perdu les mouvements spontanés.

Je ne ferai que mentionner l'état de la poitrine, qui, malgré sa gravité, présente moins d'intérêt que la lésion de la hanche, dont il va être question. Les trois ou quatre premières côtes sont le siège, vers leur partie moyenne, de fractures comminutives dont la constatation ne peut être douteuse.

La peau, et les parties molles sous-jacentes se laissent déprimer à ce niveau à une profondeur assez grande. La main qui explore en ce point les parois pectorales fait percevoir une crépitation très évidente. Le malade ne pouvant pas être assis, on n'a pu pratiquer ni la percussion, ni l'auscultation de la poitrine en arrière. En avant rien de particulier à noter.

Le membre inférieur gauche, qui est placé dans la rotation en dehors, ne peut pas accomplir le moindre mouvement volontaire, mais tous les mouvements communiqués sont possibles et même faciles, à l'exception de celui d'adduction qui est très borné.

L'aspect de la cuisse est changé par l'existence d'une double déformation, d'une part une dépression profonde remplaçant la saillie que fait normalement le grand trochanter, d'autre part une tuméfaction diffuse, mais très sensible à la partie supérieure et interne du membre, au-dessous du pli génito-crural qui est conservé. Si l'on explore d'une main le pli de l'aîne ou la fosse iliaque externe, pendant que de l'autre on fait exécuter à la cuisse tous les mouvements qu'elle est susceptible d'accomplir, on ne trouve rien de changé dans la conformation normale de ces parties. Mais, si après avoir appliqué la pulpe des quatre derniers doigts de la main gauche, sur le milieu de la symphyse pubienne, on suit exactement la branche descendante du pubis du côté gauche, on tombe, vers le milieu de la branche ischio-pubienne et un peu en dehors, sur une saillie dure et arrondie, que l'on reconnaît aisément être la tête fémorale.

Les mouvements que l'on imprime au fémur lui sont communiqués, et on la sent rouler sous la main qui l'explore. En ce point, on aperçoit sous la peau une ecchymose de forme à peu près circulaire, ayant à peu près trois ou quatre centimètres dans tous ses diamètres. Le malade ne paraît ressentir que de très faibles douleurs, durant cette exploration, et se plaint seulement d'avoir froid au pied gauche. Le toucher, en effet, permet de constater sur ce membre un abaissement notable de température.

Le blessé est mort quelques heures après l'accident, avant qu'on ait pu songer à opérer la réduction de sa luxation.

Autopsie. — L'autopsie a été pratiquée trente heures après la mort.

L'ouverture de la poitrine n'a pu être faite.

La dissection de la hanche gauche et de la cuisse correspondante, nous a révélé les détails suivants :

Une quantité considérable de caillots occupe le tissu cellulaire intermusculaire. Le petit bassin est le siège d'un épanchement de même nature.

Les muscles qui entourent l'articulation ayant été disséqués avec soin, on ne tarde pas à apercevoir la tête fémorale, chassée de la cavité cotyloïde, et occupant la place qui lui avait été assignée pendant la vie du malade. Elle est située dans la fosse obturatrice sur le muscle obturateur externe, dont un grand nombre de fibres avaient été déchirées.

Reposant sur ce muscle par sa partie postérieure, elle est recouverte en avant par le pectiné, et le 1^{er} ou moyen adducteur.

Le muscle psoas iliaque passe au-devant du col du fémur, qu'il croise à angle très aigu.

La tête du fémur, complètement chassée de sa cavité, ne repose sur le rebord cotyloïdien par aucun point de sa circonférence.

Le grand trochanter correspond à peu près au milieu de l'espace, qui va de la tubérosité de l'ischion à la cavité cotyloïde, il se rapproche peut-être davantage de cette dernière.

Le ligament rond est arraché à son insertion fémorale.

La capsule articulaire, largement déchirée à sa partie interne, est restée intacte dans tout le reste de son étendue. Une ouverture circulaire ayant à peu près le diamètre d'une pièce de 50 centimes, existait normalement à sa partie antéro-supérieure. Elle faisait communiquer la synoviale de l'articulation avec la bourse séreuse de glissement du muscle psoas-iliaque.

La déchirure de la capsule représente une sorte de boutonnière, dirigée verticalement et à bords irréguliers. La partie de la capsule qui la limite en avant est très résistante, et c'est elle qui, dans un état de forte tension, porte obstacle au mouvement d'adduction.

Il est facile, en portant le doigt dans cette ouverture, de constater l'intégrité de tout le reste de la capsule, et d'explorer le vide de la cavité cotyloïde dans toute son étendue.

Il existe aussi une fracture du bassin, commençant exactement sur l'éminence ilio-pectinée, et aboutissant à l'épine sciatique. Elle partage donc la cavité cotyloïde en deux parties à peu près égales, l'une supérieure et l'autre inférieure. En saisissant le corps du pubis d'une main et de l'autre la crête iliaque, on faisait mouvoir les deux fragments l'un sur l'autre. Le muscle obturateur interne, la capsule et le périoste les maintiennent au contact.

OBSERVATION III

Luxation ovale. Autopsie pratiquée cinq jours après la réduction.

(Verhaege. — Revue médico-chirurgicale. T. X, p. 46).

Autopsie. — Aucun des muscles qui entourent l'articulation n'était déchiré.

Une extravasation sanguine assez considérable existait dans le tissu cellulaire, compris entre les membres pectiné et obturateur externe. Une portion de ce tissu était en outre lacérée, ce qui indique que la tête fémorale avait occupé cette place avant la réduction. Les deux muscles précédents étaient ramollis et se laissaient déchirer avec la plus grande facilité.

Le ligament qui remplit le trou obturateur était intact, et l'infiltration sanguine de ce ligament et du muscle obturateur externe se bornait à peu de chose.

La capsule articulaire était déchirée à sa partie interne et le ligament rond était complètement rompu à son insertion fémorale.

Le tissu cellulaire de la fesse était largement ecchymosé.

OBSERVATION IV.

Luxation ovulaire. — Autopsie pratiquée le lendemain de la réduction.

(Schinzinger. — Wiener Medical Presse, 1880, N° 3.

Autopsie. — Extravasation sanguine dans le tissu cellulaire compris entre les muscles pectiné et obturateur externe.

Ces derniers muscles étaient dans une certaine étendue réduits en bouillie.

La capsule présentait à sa partie interne et supérieure une déchirure de cinq centimètres, se prolongeant sur la face antérieure du col.

OBSERVATION V

Luxation ovulaire récente. — Réduction.

(Treub. — Centralblatt für Chirurgie, 1882).

Le 5 octobre 1882, on conduit à la clinique de chirurgie un garçon de ferme, âgé de 40 ans, V...

Le malade raconte que la veille au soir il glissa du siège d'une voiture très chargée entre cette dernière et les chevaux. Il fut renversé ensuite par un mouvement du cheval, tomba à terre, obliquement au-devant de la voiture, et resta étendu sur le ventre, un peu incliné du côté gauche.

La roue de devant passa sur la partie supérieure du fémur gauche, à la hauteur du grand trochanter et le poussa en avant, puis passa sur le membre, de même que la roue de derrière. Le blessé ressentit immédiatement après de violentes douleurs dans la région de la hanche, et n'était pas en état de se tenir debout. Il ne pouvait pas donner d'indication sur la position du membre, pendant que les roues passèrent sur lui, mais il disait qu'elles passèrent à gauche sur le grand trochanter et la tubérosité ischiatique.

A l'examen on fait les constatations suivantes :

Le membre gauche est fléchi sur le bassin en abduction très accusée et légère rotation en dehors. L'axe du fémur est écarté de la ligne médiane. La région trochantérienne est déprimée et on sent le grand trochanter dans la profondeur.

La région de l'aîne est bombée légèrement, et on trouve plus de résistance que du côté sain.

La région des adducteurs est très saillante. Les muscles sont tendus. Légère ecchymose dans les deux aînes.

La mensuration faite depuis l'épine iliaque antérieure et supérieure jusqu'à la malléole externe indique un raccourcissement de trois centimètres du côté gauche. Par contre, la mensuration faite en dedans, depuis la partie interne du pli de l'aîne jusqu'à la malléole interne donne un allongement de cinq centimètres du même côté.

Toute la région de la hanche était douloureuse à la pression. Le toucher rectal était aussi douloureux à la pression au niveau de la région obturatrice. La contracture musculaire ne permettait aucun mouvement.

Pendant le sommeil chloroformique, la flexion et l'abduction étaient possibles ; l'extension et l'adduction étaient très limitées. La résistance de la région des adducteurs ne disparaissait pas ; et pendant la rotation du fémur, on ne pouvait que difficilement percevoir, au milieu des parties molles, le mouvement de rotation imprimé au corps de l'os.

On avait ainsi des signes suffisants pour diagnostiquer une luxation obturatrice. Mais le toucher rectal compléta le diagnostic d'une manière directe.

En introduisant dans le rectum deux doigts, et en les dirigeant en avant et en dehors, on pouvait sentir le corps du fémur, qui pressait contre le muscle obturateur interne, et même percevoir très nettement ses mouvements pendant la rotation.

Le lendemain, M. le Professeur Van Iterson obtint facilement la réduction.

OBSERVATION VI

Luxation ovalaire récente de la hanche. — Réduction.

(Kümmer, de Genève. — Revue d'Orthopédie, 1891, Paris).

Théodore M..., âgé de dix ans, nous consulte le 15 novembre 1890. La veille, en tombant d'un arbre, il avait fait une chute de trois mètres. La branche, sur laquelle se trouvait l'enfant, venant à casser, celui-ci tomba sur ses pieds et fut renversé en arrière et à droite. Il fut transporté à l'hôpital.

Assisté de M. le Dr Gauthier, je procédai à la narcose, qui nous permit de faire un examen complet et indolore, ainsi qu'une réduction facile.

Abduction forcée. — Mouvements actifs nuls. — Douleur au moindre mouvement.

Distance du milieu de la symphyse au milieu de l'interligne articulaire interne du genou : 34 centimètres à droite, 31 centimètres à gauche.

Circonférence du haut de la cuisse : 41 centimètres à droite, 34 à gauche.

Distance de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la pointe du grand trochanter : 7 centimètres à gauche, 16 centimètres à droite.

A la partie supéro-interne de la cuisse, couleur bleuâtre de la peau, s'étendant jusqu'au pli inguinal.

Sous les adducteurs, vers le trou ovale, on sent une résistance ronde, dure, qui bouge, dès qu'on imprime au fémur des mouvements de rotation. En appuyant vigoureusement sur cette résistance, pour en explorer les contours, on entend, au moment où M. Stéphani fait une rotation en dehors, un bruit qui indique que la tête est rentrée dans la cavité. En effet la jambe reprend sa position normale.

Culottes plâtrées pendant trois semaines ; puis massage, mouvements actifs et passifs.

Deux mois et demi après, guérison complète.

OBSERVATION VII

Luxation ovulaire récente de la hanche. Réduction.

Lauenstein. — Centralblatt für chirurgie, 1889, n° 10.

Le nommé L..., matelot, âgé de 34 ans, est admis, le 28 octobre 1888, à l'hôpital maritime pour une luxation.

Il était occupé, dans la cale du vaisseau, à ramasser les colis qu'on lui jetait du pont. Tout à coup, pendant qu'il était penché eu avant, il reçoit sur la région sacrée plusieurs sacs, ayant ensemble un poids d'environ 200 kilog., qui le projettent en avant.

Il était étendu à terre, les cuisses modérément écartées, et s'appuyait à la fois sur les genoux et les coudes, lorsque plusieurs autres sacs tombèrent sur la partie postéro-inférieure de sa cuisse droite, et de là sur la partie supérieure de sa cuisse gauche.

En dehors de cette luxation de la hanche, dont il ne se plaignait que très peu, il présentait une entorse tibio-tarsienne.

La cuisse était modérément fléchie, sans rotation, et en assez forte abduction. Bien que la cuisse fût, à la vue, un peu élargie dans sa partie moyenne, néanmoins on remarquait tout de suite l'absence du grand trochanter.

Le bord extérieur du membre présentait à 13 centimètres au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure, un angle obtus bien visible, auquel répondait un angle saillant à la partie interne du membre. Au niveau de cette saillie, il y avait une ecchymose de l'étendue de la main, tandis que la région des adducteurs, surtout dans sa partie supérieure, était notablement œdématiée.

Le bord externe du membre qui, au premier coup d'œil, était très dévié en dedans, coupait, en prolongeant vers le haut la ligne qu'il représentait, la moitié de l'espace compris entre l'ombilic et le flanc gauche.

Le malade fléchissait et étendait de lui-même le genou, tandis que la cuisse n'accusait que de très légers mouvements de flexion et d'extension.

La mensuration, faite dans le décubitus dorsal, depuis l'épine iliaque antérieure et supérieure jusqu'à la malléole externe, accusait un raccourcissement de 5 centimètres du membre malade.

Il s'agissait, sans aucun doute, d'une luxation obturatrice, et je considérai comme superflu de recourir au toucher rectal, comme l'indique Treub, pour sentir la tête fémorale.

La réduction fut facilement obtenue sous le chloroforme. Je fléchis plusieurs fois la cuisse, puis en exerçant une traction sur la cuisse, je fis la rotation en dedans et l'adduction. Enfin, j'étendis la cuisse; la tête réintégra la cavité cotyloïde avec un frottement très net. Le membre avait recouvré ses contours normaux.

OBSERVATION VIII

Luxation ovale irrédactable, ancienne de quatre mois. — Résection de la tête fémorale et réintégration du col dans la cavité cotyloïde.

(Hôtel-Dieu. — Service de M. le Professeur Tillaux).

Le nommé Jean-Baptiste Wel..., âgé de 53 ans, journalier, né à Warcq (Meuse), est entré le 20 mai 1892 à l'Hôtel-Dieu, salle St-Côme, lit N° 22.

Antécédents. — Ni syphilis; ni tuberculose. Aucun accident ganglionnaire ni pleural, ni pulmonaire. Pas de rhumatisme, pas d'alcoolisme. Artères, souples. Cœur régulier (55 pulsations). A eu dix enfants, tous vivants et bien portants. Mère bien portante.

Le 10 février dernier, poussant à la roue une voiture chargée (2000 kilogs), il fit un faux pas et tomba sur le dos. La voiture passa alors sur la partie externe de sa cuisse droite, vers son milieu, n'y produisant qu'une légère excoriation. Mais d'emblée, sous l'influence du traumatisme, le membre prit la position dans laquelle nous le trouvons aujourd'hui.

La luxation fut sûrement méconnue dans les premiers jours. Aucune tentative ne fut faite pour la réduire.

Au bout de huit semaines, inquiet de ne pas voir revenir les mouvements de sa cuisse, le malade se rendit à Verdun, auprès du Dr Lescuyer. Celui-ci reconnut la lésion, et envoya le malade à M. le professeur Tillaux.

État actuel. — 8 juin 1892.

Malade couché. — Lorsque le malade prend de lui-même au lit la position de repos, le membre inférieur tout entier se présente de la manière suivante :

Flexion à 60°. — Rotation en dehors (L'angle de flexion indiqué ici est celui fourni par l'axe du fémur et la verticale abaissée du pubis).

L'abduction est considérable. Le genou repose sur le bord même du lit. La rotation en dehors est assez prononcée pour que la face externe du fémur repose seule sur le plan du lit.

Dans cette position de repos, l'axe fémoral prolongé en haut se porte très en dedans, et vient couper la ligne médiane à mi-chemin de l'ombilic et de la symphyse pubienne.

Les mensurations donnent les résultats suivants :

1° Si, le malade étant toujours couché et gardant sa position dite de repos, on dispose les membres inférieurs de telle façon que les deux épines iliaques se trouvent sur une même horizontale, on trouve une différence de 20 centimètres entre les deux membres. Cette mesure est prise de l'épine iliaque antérieure et supérieure au talon du même côté.

2° Si, le malade restant toujours couché, on lui laisse prendre sa position ordinaire, sans chercher à ramener les épines iliaques à l'horizontale, on constate que l'épine du côté malade s'abaisse de 8 centimètres au-dessous de celle du côté sain — et que, par conséquent, il n'existe plus qu'une différence de 12 centimètres dans la hauteur des deux talons.

Au palper, on constate que la tête fémorale déplacée est fortement refoulée en dedans. On la trouve à la partie interne du triangle de Scarpa, sous l'insertion des muscles adducteurs, confinant à la ligne médiane, dont elle n'est pas séparée par plus d'un travers de doigt. Pour la bien palper, il faut même soulever le scrotum du côté correspondant, c'est donc, en quelque sorte, par le périnée qu'on arrive sur elle.

La tête fémorale paraît avoir conservé sa forme arrondie, elle roule sous le doigt (très peu) dans les mouvements imprimés à la cuisse. Il résulte de cette position nouvelle de la tête fémorale que la cuisse paraît bombée à sa partie supérieure et interne. Le diamètre transversal est sensiblement augmenté.

Le grand trochanter ne dessine plus de saillie normale. On le trouve comme enfoncé au milieu des masses musculaires tendant à gagner la cavité cotyloïde.

A noter que les vaisseaux fémoraux ont gardé leur position normale. L'artère bat à 9 ou 10 centimètres de la partie de la tête fémorale la plus accessible au doigt.

Malade debout. — Dans cette position, la rotation en dehors est à peu près compensée par une rotation en sens inverse du tibia sur le fémur. La flexion persiste, mais moins accentuée. L'abduction reste considérable, et constitue ici le signe prédominant.

Elle est telle qu'il existe entre les deux malléoles un écart de 25 centimètres.

Le malade réussit à poser simultanément les deux talons sur le sol, mais il ne le fait qu'au prix d'un abaissement du bassin, abaissement compensé par une courbure concave à gauche de la colonne lombaire.

Le pli fessier est abaissé de quatre travers de doigts et presque complètement effacé.

Mouvements. — A. — Les mouvements provoqués, le malade étant au lit, sont des plus limités, et tout de suite douloureux. On sent que la tête fémorale est emprisonnée, et a perdu à peu près toute mobilité.

B. — Les mouvements spontanés sont des plus difficiles. Sans canne, le malade ne peut marcher. Il marche, mais avec difficulté quand il va d'un lit à l'autre. On remarque alors qu'il porte lentement en avant la jambe malade, puis brusquement en avant la jambe saine, ne pouvant, sans souffrir et risquer de tomber, prendre appui sur son côté malade.

Avec deux cannes, il marche plus facilement mais toujours avec une grande lenteur, et en conservant le même degré prononcé d'abduction (écart de 25 centimètres).

Troubles trophiques. — A noter seulement une atrophie sensible de la cuisse droite.

Circonférence de la cuisse.

Côté gauche sain : 42 centimètres.

(Mesure prise à 10 centimètres de la rotule).

Côté droit malade : 40 centimètres.

Opération le 9 Juin. — Après deux tentatives impuissantes de réduction par la force au moyen des mouffles, l'opération sanglante

a été pratiquée par M. Tillaux, avec l'aide de M. Walther, en présence de MM. Ollier et Ch. Nélaton.

Incision de 10 centimètres, parallèlement et en arrière du relief formé par le tendon du grand adducteur, depuis le pli génito-crural. Cette incision conduit directement sur la tête fémorale. Plusieurs tentatives sont faites pour la libérer et la réduire. Mais complètement bridée par les tissus voisins, elle ne peut être mobilisée.

La résection de la tête est pratiquée au niveau de son insertion au col, à l'aide du ciseau et du maillet.

Après cette extraction, rien n'est plus facile que de mettre le membre inférieur dans la rectitude, et le col fémoral vient de lui-même se placer dans la cavité cotyloïde.

Celle-ci présente relativement peu d'altération, il n'est pas nécessaire d'y toucher.

Suites opératoires. Simples. Apyrétiques. — Le membre a été maintenu dans l'extension combinée à la traction continue par le procédé de M. Tillaux.

L'appareil a été maintenu jusqu'aux premiers jours d'août, et par conséquent le membre a été complètement immobilisé jusqu'à cette époque.

Le malade est resté couché pendant tout le mois d'août et a pu pendant ce temps faire au lit des mouvements.

A partir du commencement de septembre, il se lève et marche presque aussitôt, d'abord avec deux béquilles, puis après une quinzaine de jours avec deux cannes.

Il quitte l'hôpital à la fin de septembre, pour rentrer chez lui.

Etat à la sortie. Inspection. — Aucune déformation apparente. Il faut y regarder de bien près pour trouver peut-être un peu d'aplatissement de la région trochantérienne.

Les mensurations ont montré que, les membres étant parallèlement placés dans la rectitude, il n'y avait aucune différence entre l'un et l'autre côté, tant pour la longueur, que la circonférence.

Le malade exécute tous les mouvements dans des limites étendues.

La rotation s'exécute normalement.

La flexion de la cuisse sur le bassin peut être poussée jusqu'à l'horizontale.

L'abduction et l'adduction s'exécutent comme du côté sain.

Le blessé exécute ces mouvements volontairement et avec force.

La marche est facile. Le malade se sert habituellement d'une canne, mais il peut s'en passer.

Rien ne trahit, à l'inspection du malade, quand il marche, l'opération subie.

OBSERVATION IX

Luxation ovale ancienne. — Production d'une nouvelle cavité cotyloïde dans le trou ovale. — Ankylose. — Pièce anatomique.

(M. le Dr Poulet. — Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie. — Paris, T. XI, p. 90).

Sous le pseudonyme d'ostéite condensante de l'articulation coxo-fémorale, carie, j'ai trouvé, au Musée du Val-de-Grâce, une pièce pathologique intéressante. Un examen superficiel permet en effet de reconnaître, qu'il s'agit en réalité d'une vieille luxation ovale non réduite, avec ankylose consécutive de la hanche.

Description. — La tête du fémur est soudée au bassin sous un angle droit, mais la tête n'est plus dans la cavité cotyloïde. Elle occupe le trou ovale, tandis que le grand trochanter répond à la partie postéro-inférieure du cotyle.

Cette tête est entourée de toutes parts par une coque osseuse de nouvelle formation, grosse comme un œuf de dinde, assez lisse, régulière et proéminente dans le bassin de un centimètre environ. A sa périphérie, cette gaine osseuse se confond avec les parties du squelette qui constituent le trou obturateur, sauf en avant et en haut au niveau de la gouttière sous-pubienne où il existe encore une fente de 3 centimètres pour le passage du paquet vasculo-nerveux.

La coque, qui représente une nouvelle cavité cotyloïde, se termine en avant au niveau de la ligne inter-trochantérienne. En arrière, elle se confond avec la partie postérieure du col, qu'elle enserme sans lui adhérer intimement. Des jetées osseuses solides réunissent cette coque osseuse à la surface pectinéale d'une part, à l'épine iliaque antéro-inférieure d'autre part. Ces dernières jetées sont dues à l'ossification du ligament de Bertin.

L'ancienne cavité cotyloïde déshabité n'a pas perdu sa forme. Contrairement à ce qui arrive d'ordinaire, elle n'est pas comblée, sauf un peu en avant, par des productions osseuses.

Une coupe horizontale, pratiquée à travers le fémur et la nouvelle coque osseuse, montre que la tête du fémur, légèrement déformée, est distincte de la coque périphérique. Elle en est séparée par un sillon variant de 1/2 à 1 millimètre.

La structure de la coque est celle du tissu spongieux, avec deux lames compactes limitantes, interne et externe.

Le tissu spongieux de la tête fémorale est creusé d'un certain nombre de cavités kystiques, grosses comme une lentille, telles qu'on en observe dans la forme kystique de l'arthrite sèche.

L'ankylose de la tête n'existe pas complètement, mais la coque étroitement le col du fémur, que les mouvements sont impossibles.

OBSERVATION X.

Luxation ovulaire ancienne. — Production d'une nouvelle cavité cotyloïde dans le trou ovale — Pièce anatomique.

(A. Cooper. — Trad. Chassaignac-Richelot, 1837).

Nous possédons dans la collection de l'hôpital St-Thomas, une excellente pièce anatomique de luxation ovulaire, que j'ai disséquée. La tête du fémur repose sur le trou ovale. Le muscle obturateur externe a complètement disparu, ainsi que le ligament qui occupe d'ordinaire cette ouverture, laquelle est maintenant tout entière occupée par la tête du fémur. Autour du trou ovale s'est déposée une matière osseuse, formant une profonde cavité dans laquelle la tête de l'os est logée, de manière à pouvoir exécuter des mouvements étendus. Cette cavité de nouvelle formation entoure le col de l'os sans le toucher, et renferme si complètement la tête, qu'on ne pourrait la retirer sans briser complètement sa cavité.

La surface interne de cette nouvelle cavité articulaire est très polie, et n'offre pas la plus légère aspérité osseuse, capable de faire obstacle aux mouvements de la tête de l'os. Les muscles seuls limitaient l'étendue des mouvements.

La cavité cotyloïde est comblée par de la matière osseuse, et n'aurait pu admettre la tête du fémur, en supposant qu'on eût fait des tentatives pour replacer celle-ci dans sa situation normale.

La tête du fémur offre peu d'altérations. Son cartilage articulaire est intact. Le ligament rond est rompu, et la capsule est en partie déchirée.

Les muscles pectiné et court adducteur avaient été lacérés, mais ils étaient réunis par une expansion tendineuse. Les muscles psoas-iliaque, fessiers et pyramidal étaient tendus.

OBSERVATION XI

Luxation ovulaire datant de 2 mois. — Autopsie recueillie dans le service de Demarquay, à la Maison de Santé.

(Parmentier. — Bull. de la Soc. Anat., 1854).

Le blessé qui fait le sujet de cette observation, avait été renversé par un train de chemin de fer lancé à toute vitesse. Il avait eu le

pied droit et le tibia gauche écrasés. La jambe gauche a dû être amputée. Le malade a vécu deux mois.

A l'autopsie, on trouve une luxation sous-pubienne du fémur gauche.

La capsule est largement déchirée en avant. Le ligament rond n'existe plus. Tous les muscles situés au-devant de l'articulation sont lacérés, hormis le psoas iliaque qui est tendu. Le membre est en rotation en dehors. La tête du fémur est appuyée contre les vaisseaux; le nerf obturateur repose sur l'échancrure antérieure du sourcil cotyloïdien qui est fracturé à cet endroit et présente une rainure profonde.

OBSERVATION XII

Luxation ovale ancienne de la hanche, datant de deux mois.

Réduction. — Guérison.

Desprès. — (Soc. de chirurgie, 1879).

Le nommé D..., 48 ans, puisatier, entre à l'hôpital Cochin, le 14 octobre 1878, salle St-Jacques, n° 2.

Le malade est venu à l'hôpital avec ses béquilles et accompagné, car il n'était pas solide.

Il y a deux mois, il lui était arrivé un accident qu'il raconte en ces termes : il creusait un puits le 11 août 1878, à Châtillon, près de Paris, lorsqu'il fut pris de côté par l'éboulement d'une masse de terre et de pierres de plusieurs milliers de kilogr.

La charge avait porté sur le bassin et avait fait plier le malade, de façon que la cuisse avait été aplatie, sa face interne sur le sol, le tronc restant debout. En somme, la cuisse avait été portée dans l'abduction forcée; telle était, d'ailleurs, la position dans laquelle le blessé a été trouvé, lorsque l'on a pu le dégager. Le malade avait éprouvé une douleur très vive.

En se relevant, il n'avait pu rapprocher les deux jambes, ses compagnons l'avaient cependant fortement tiré, puis le genou s'était fléchi sur la cuisse. Son médecin avait été appelé, et avait prescrit le repos au lit et des cataplasmes, mais le malade n'avait plus eu recours à ce médecin.

Au moment de l'entrée du malade, les parties étaient dans l'état suivant : la cuisse était à demi fléchie sur le bassin, dans l'abduction forcée, le tronc était plié et incliné sur le bassin, enfin le genou était à demi fléchi sur la cuisse, le pied était dans la rotation en dehors, le talon était à peu près au niveau du quart inférieur de la jambe saine.

Le membre était assez fixe, dans cette position, pour que le seul mouvement communiqué possible fût l'extension du genou, tout mouvement de rotation du membre, que l'on cherchait à produire à l'aide du pied, en dedans ou en dehors, était impossible. Le malade accusait de vives souffrances, et une grande appréhension, quand on l'examinait. Je soupçonne fort que le malade s'était livré à un rebouteux de barrière qui exerce encore à Montrouge.

Le membre blessé, mesuré avec soin, avait 2 centimètres de plus que le membre sain.

Le 16 octobre, je procédai à la réduction, après avoir fait prendre au malade deux jours de suite un bain d'une heure.

Le malade fut chloroformé jusqu'à résolution complète. Lorsque le sommeil eût été obtenu, je procédai à des mouvements forcés de l'articulation dans tous les sens où ils n'étaient pas impossibles (ce que je ne manque jamais de faire, comme manœuvre préalable, dans la réduction des luxations anciennes). Ce que j'exagérais le plus, parce que cela était plus facile, ce fut la flexion de la cuisse sur le bassin, et c'est alors que nous pûmes facilement sentir la tête fémorale au-dessous et en dedans de l'ischion, sous la masse des muscles adducteurs qu'elle soulevait. Pendant ce mouvement, il y avait un vide à la place de la saillie normale du grand trochanter. Durant ces mouvements, exécutés avec la force d'un homme de force musculaire moyenne, des craquements ont été produits; nous déchirions à dessein les adhérences les plus récemment formées.

Le malade, couché dans le lit, fut fixé à un anneau scellé dans le mur à l'aide d'une alèze, passant entre les cuisses et faisant la contre-extension sur le bassin. Par dessus le bandage circulaire placé sur la cuisse, on applique le manchon de cuir, la traction fut faite alors sur le membre étendu à l'aide des cordes des mouffles du dynamomètre et de la pince à échappement. La 1^{re} traction de 200 kilogr. à raison de 20 kilogr. de tirage par chaque effort, après l'échappement, redressa la jambe, et l'amena au parallélisme avec la jambe saine, mais il y avait toujours allongement du membre et défaut de saillie à la région trochantérienne.

Je jugeai que la réduction n'était point effectuée. Le malade, qui s'éveillait, fut endormi de nouveau, et les tractions furent reprises, le malade étant couché sur le côté sain, jusqu'à 220 kilogr. du dynamomètre, et, voulant porter la tête en dehors, je roulai une serviette autour d'un manche à balai, et, pendant la traction, avec un aide, nous soulevâmes de toutes nos forces la cuisse très près de la tête fémorale, de façon à la porter en dehors; nous fîmes bien saillir le grand trochanter, et, alors, nous procédâmes au deuxième échappement.

La réduction n'était pas encore obtenue, la cuisse reprit la position que nous avions obtenue après la première traction.

On ne pouvait croiser la jambe malade sur la jambe saine. Je fis endormir une troisième fois le malade, deux alèzes maintenant le bassin, et la cuisse, fléchie à angle droit, fut tirée avec une force de 300 kilogr., puis tout fut lâché. Cette fois la luxation semblait réduite, à cela près que l'allongement du membre persistait, mais la tête paraissait bien près de la cavité. On ne la sentait plus dans la fosse ovale. On sentait la saillie du grand trochanter.

Le pied gauche pouvait être placé dans le parallélisme avec le pied sain, mais je ne pouvais produire aucun mouvement de rotation.

Bien que je ne jugeasse pas la luxation réduite, je ne crus pas devoir persister. Il y avait des éraillures du tégument dans le pli génito-crural, et au genou. Il fallait s'arrêter.

Le malade se réveilla et fut porté à son lit.

Le lendemain, il y avait un gonflement notable de la hanche, mais le pied était droit sur le lit et ne reposait pas sur son bord externe; la saillie du grand trochanter était très nette, et en faisant exécuter le mouvement avec précaution on pouvait croiser le pied malade sur le pied sain. Je jugeai alors que la luxation était réduite, mais, comme il y avait encore un allongement apparent, j'examinai et je constatai que cet allongement était dû à l'inclinaison latérale du tronc sur le bassin. Nous constatâmes un gonflement au niveau de la saillie du psoas dans l'aîne, et je jugeai qu'il y avait une légère arthrite.

Les jours suivants, lorsque le gonflement eut disparu, nous avons pu constater que la saillie du grand trochanter était aussi prononcée à gauche qu'à droite, et le croisement de la jambe gauche sur la droite était de plus en plus facile. Il y avait déjà des mouvements de rotation dans l'articulation coxo-fémorale, la luxation était donc bien réduite; le quinzième jour les écorchures de la peau étaient guéries.

Le temps nécessaire à la mobilisation de l'articulation de la hanche et du genou demanda deux mois. Outre les mouvements que je faisais moi-même, le malade faisait exécuter à son membre des mouvements à l'aide d'une poulie que nous avions posée à son lit. Deux mois après la réduction, le malade marchait avec une canne et ne boitait pas, il pouvait s'asseoir et fléchissait suffisamment la cuisse sur le bassin, et le genou sur la cuisse.

Il sortit de l'hôpital le 23 octobre 1878, à pied, et avec une seule canne.

OBSERVATION XIII

Cas de luxation ovale du fémur, ancienne, irréductible, datant de deux ans, dans lequel une tentative, ayant d'abord été faite pour replacer la tête de l'os dans l'acétabulum, la résection fut pratiquée avec succès par (William Mac-Cormac. — St-Thomas, Hosp. Rep., t. IX, 1878, Bulletin de la Soc. de Chirur., 1883).

Mon patient est un jeune homme de 19 ans, marin. Le 1^{er} septembre 1876, il éprouva l'accident qui, comme on le croit, se produisit de la façon suivante : Il portait un sceau d'eau sur le pont glissant et mouillé du navire, quand son pied gauche glissa en avant et en dehors, et il tomba sur son côté gauche, se heurtant la hanche contre le bord du sceau. Il se releva immédiatement, et dit qu'il put marcher deux ou trois heures, au bout desquelles la douleur devint si intense, qu'il fut obligé d'aller à sa cabine.

L'accident eut lieu un vendredi, et, le lundi suivant, il entra à l'hôpital de Port-Louis (île Maurice), où l'on reconnut une luxation de la hanche.

Des tentatives de réduction furent faites sans résultat, une serviette roulée étant appliquée autour du pied et une autour de l'aine pour faire l'extension et la contre-extension. Une tentative fut répétée sous le chloroforme sans meilleur résultat. 15 jours après, il fut de nouveau chloroformé, mais la réduction ne fut pas obtenue. Au bout de quinze jours, nouvelle tentative. Rien de plus ne fut fait à cause de la trop grande faiblesse du malade.

Un abcès se forma à la fesse. Il resta 8 mois à l'hôpital et retourna en mai 1877 en Angleterre.

Il fut traité à London Hospital. Une première tentative de réduction fut faite sans résultat, puis on essaya de remédier à la position fléchie et inutile du membre par la ténotomie des muscles contractés suivis d'extension. Aucune amélioration ne s'ensuivit, et quand j'observai le malade, je trouvai les signes d'une luxation ovale.

On nota une abduction et une rotation en dehors avec degré excessif de flexion de la jointure nouvelle.

Le membre était atrophié et paraissait raccourci. Mais des mensurations exactes n'étaient guère possibles.

L'extrémité du trochanter était à un demi pouce au dessous du niveau de la ligne de Nélaton, à 5 pouces de l'épine iliaque, antérieure et supérieure du côté luxé, et à 6 du côté sain. Le tibia du côté blessé était un demi pouce plus court que celui du côté opposé. Il paraissait donc y avoir là un raccourcissement du membre entier dû à la croissance.

Le malade peut seulement se tenir debout ou marcher avec une extrême difficulté à l'aide d'une béquille. Dans la position debout, son dos est dans un état de lordose extrême, la cuisse fléchie et avancée, le pied est tourné en dehors et reposant sur le bord du gros orteil, de sorte que le bassin est très incliné et le corps porté du côté affecté. Le genou est un peu fléchi.

Le patient se plaint de douleurs continues, s'aggravant par l'examen de la région. En augmentant l'abduction, la tête de l'os peut être projetée vers le périnée. La position qu'elle occupe ordinairement est la partie inférieure et interne du trou obturateur et de la branche montante de l'ischion.

La première fois le malade resta 23 jours dans l'hôpital, pendant lesquels je fis deux tentatives de réduction, d'abord au moyen de manœuvres, puis avec des poulies.

Les deux tentatives causèrent beaucoup de douleurs et quelques troubles généraux et locaux. Des vessies de glace furent appliquées sur la hanche. Bientôt après, le malade sortit de l'hôpital, sur sa demande, disant qu'il ne voulait pas se soumettre à de nouvelles tentatives.

Au bout d'un mois, il revint. Son état était le même. Son membre était inutile pour le travail et fort détérioré. Il pouvait à peine faire quelques pas à cloche-pied, il avait des douleurs constantes et demandait l'opération.

Comme une ténotomie suivie d'un traitement orthopédique avait été tentée sans efficacité, comme il ne pouvait supporter aucun mouvement passif, comme la tête de l'os paraissait immobilisée au-dessous du pubis, comme son état général était mauvais et comme les autres moyens paraissaient avoir été épuisés, je considérai qu'une opération était justifiable. Théoriquement le plus désirable était d'inciser sur la tête déplacée, de diviser une partie de la capsule et les adhérences s'opposant à la réduction et de remettre la tête dans la cavité cotyloïde.

Je pensai aussi à la division du col par la méthode sous-cutanée, afin de permettre au trochanter de remonter sur le dos de l'ilium. J'abandonnai ce projet à cause de la profondeur du col, et de la présence probable des vaisseaux fémoraux et du nerf crural au devant du col et de la nécrose possible de la tête déplacée.

Je me décidai donc à tenter de replacer la tête de l'os dans l'acétabulum au moyen d'une incision assez large à travers laquelle je pourrais diviser les bandes fibreuses ou la capsule s'opposant à la réduction avec l'espoir d'obtenir plus tard une jointure mobile.

Dans ce but, je fis, le 5 juin 1878, une incision en Y, une branche était dirigée vers l'épine iliaque antérieure et supérieure, l'autre vers l'épine postérieure et supérieure, tandis que le pied de l'Y descendait vers le grand trochanter.

Les parties molles étant franchement incisées, j'arrivai à la cavité cotyloïde.

Je trouvai au lieu d'une cavité profonde en forme de calice, une cavité peu profonde en forme de soucoupe, dans laquelle la tête de l'os, en supposant que j'aie réussi à l'y amener, ne pouvait pas rester. L'acétabulum comme surface articulaire était obliqué. Les adhérences étaient si nombreuses, la tête et le col étaient si profondément situés, qu'il aurait été difficile de replacer la tête, lors même que l'absence d'acétabulum n'aurait point arrêté cette tentative.

Je divisai alors avec un ciseau l'os, juste au-dessus du petit trochanter, et après une dissection quelque peu incommode j'enlevai la tête, le col et le grand trochanter.

La tête fémorale était aplatie, partiellement absorbée, et son cartilage entièrement enlevé. La face postérieure, qui reposait sur la branche de l'ischion était un peu élargie; l'os y était plus dense et recouvert de fibro-cartilage. Mais la moitié antérieure de la tête, qui était inutile pour une pseudarthrose, était presque entièrement absorbée, et la surface aplatie restante était molle et poreuse.

Il devint possible de rendre le membre beaucoup plus droit, mais quand il fut abaissé et lié à une attelle, dans la position horizontale le dos était encore fortement arqué. Je ne crus pas nécessaire de diviser aucun des tendons des muscles fléchisseurs raccourcis.

Une longue attelle fut aussi appliquée du côté sain et les deux attelles liées ensemble sur la poitrine et aux chevilles, de sorte que tout le corps put être tenu droit et la torsion excessive du bassin corrigée.

Il n'y a rien d'intéressant à relater dans les progrès de la guérison. La plaie très large fut tenue aseptique dans toute son étendue.

Au moyen d'une extension continue, la position du membre fut graduellement améliorée et devint finalement tout à fait droite sans aucune lordose.

15 juillet. — La plaie était cicatrisée, la lordose disparue et le raccourcissement de 2 pouces.

22 juillet. — Sept semaines après l'opération, le malade se leva pour la première fois; des mouvements passifs furent communiqués à l'articulation de la hanche et du genou, qui étaient devenus très raides par l'immobilisation. Les courants interrompus furent employés chaque jour contre l'atrophie musculaire.

Le 1^{er} août il quitta l'hôpital. La plaie était fermée, sauf un point qui était encore granuleux. Il pouvait se tenir debout, fléchir et étendre la cuisse, marcher avec l'aide d'une canne.

Après la sortie de l'hôpital, le traitement fut continué. Le 31 octo-

bre il pouvait marcher très bien avec un peu d'aide; le 31 novembre sans aide.

Le membre est droit, la cuisse est légèrement fléchie. Le raccourcissement est corrigé par des brodequins à semelles épaisses.

Cet homme a maintenant en perspective un membre bon et utile. Les muscles ont beaucoup gagné en grosseur et en force. Il était jadis estropié, tandis que maintenant il sera bientôt capable de gagner sa vie en travaillant, et peut-être, comme le malade historique de Portsmouth, sur lequel fut faite pour la première fois la résection du genou, de reprendre son travail de marin.

Le 9 janvier 1879, je vis de nouveau le malade. Il marchait bien. Le raccourcissement, mesuré de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la malléole, se réduisait à 3 pouces.

L'extrémité supérieure du fémur, déviée, est sur le niveau de l'épine. Le patient, dans le décubitus dorsal, n'a plus trace de lordose.

L'articulation de la hanche peut être fléchie à 45°.

OBSERVATION XIV

Luxation sous-pubienne de la hanche gauche, irréductible par les moyens ordinaires. — Tentative infructueuse de réduction par la méthode sanglante, ostéotomie intra-trochanterienne. — Guérison dans une bonne position.
(D^r Villeneuve, de Marseille, Revue d'Orthopédie, 1892).

S..., 48 ans, terrassier, vigoureux et bien constitué, entre à l'Hôtel-Dieu le 18 novembre 1890.

Cet homme a été atteint, il y a 50 jours, d'un traumatisme violent de la hanche gauche. Étant accroupi, une pile de sacs de blé s'est écroulée sur lui, l'a renversé et gravement contusionné.

Le médecin, appelé le jour même de l'accident, a constaté un œdème et une ecchymose considérables du haut de la cuisse.

On ne fit aucune manœuvre de réduction.

Au bout d'une quinzaine de jours, ces premiers phénomènes s'étant atténués, la luxation a été reconnue, et le malade a été soumis à deux reprises à des tentatives de réduction qui sont restées infructueuses.

Tentatives sans anesthésie.

A son entrée à l'hôpital, on constate sans peine les signes d'une luxation sous-pubienne. La cuisse est en abduction et rotation externe. La tête du fémur est au-dessous de la symphyse pubienne, sous le droit interne, où on la découvre assez facilement.

Il est moins facile de reconnaître le grand trochanter perdu au milieu des parties molles, au-dessous, en arrière et en dedans

de sa position normale. Comparé avec la hanche saine, le déplacement du trochanter est d'environ 8 centimètres.

Le membre luxé, mesuré comparativement avec l'autre mis en position symétrique, est allongé de 6 cent. 1/2.

La cuisse gauche est atrophiée. Mesurée à sa partie moyenne, sa circonférence est de 39 cent., tandis qu'elle est de 45 cent. sur la cuisse opposée. Les mouvements de flexion de la cuisse sur le bassin sont très limités. Par contre, on arrive assez facilement à rapprocher les deux talons.

La marche est tout à fait impossible sans des béquilles, et même avec cette aide, elle est pénible et douloureuse à cause de l'abduction et de l'allongement, toutes les fois que le poids du corps porte sur le côté malade.

Dans la station debout, la cuisse est fléchie sur le bassin ; l'épine iliaque plus élevée que du côté sain, et les deux talons éloignés d'environ 16 cent.

Le 20 novembre, c'est-à-dire 52 jours après la luxation, le blessé chloroformisé et dans la résolution est d'abord soumis aux manœuvres dites de douceur. Le membre est porté dans la flexion et l'adduction, puis ramené dans le plan du lit par un mouvement circulaire.

Cette manœuvre, répétée plusieurs fois sans succès, est encore renouvelée, le malade mis à plat sur le sol, le membre fléchi, dans l'adduction, suspendu pendant un assez long temps, de manière à soulever le bassin, et les doigts d'un aide appuyant fortement sur la tête du fémur, que l'on sentait glisser en bas, pendant que l'opérateur exécutait la dernière partie de la manœuvre, en ramenant la cuisse dans la rectitude.

Deux autres tentatives furent faites avec des mouffles, et la traction fut poussée jusqu'à 100 et 160 kilos, pendant que, par des pressions énergiques, on s'efforçait de faire glisser la tête du fémur. Mais, bien qu'il parût qu'on était sur le point de réussir, la pince de Nélaton ouverte, la tête reprenait sa place dans la cavité ovale.

Ces essais infructueux, ayant duré plus d'une heure, furent suspendus.

Le malade, laissé au repos, se plaignit pendant quelques jours de douleurs assez vives, qui bientôt se calmèrent.

M. Villeneuve résolut de faire une dernière tentative de réduction sous le chloroforme, et si elle ne donnait aucun résultat, d'essayer séance tenante la réduction par l'arthrotomie. L'opération fut pratiquée le 1^{er} décembre 1890. Le malade endormi, la réduction fut tentée de nouveau par les moyens de douceur. Le résultat continuant à être nul, une incision verticale de 12 centimètres fut pratiquée à la partie antérieure de la cuisse, à partir de l'épine iliaque antérieure et inférieure.

Les muscles écartés, on arrive sur un plan fibreux résistant, qui est divisé couche par couche. On crée ainsi une boutonnière contractile, à travers laquelle le doigt arrive à sentir la base du col fémoral, et la demi-circonférence inférieure de la tête. Pour faciliter les manœuvres, l'incision est portée à 20 centimètres de longueur, et par cette vaste brèche on peut sentir et même contourner le col.

Les manœuvres de réduction sont alors reprises, mais toujours sans succès. M. Villeneuve arrive non sans peine à passer un fort crochet autour du col fémoral, et, en opérant les tractions appropriées, pendant que le membre est placé dans la flexion, l'adduction et la rotation en dedans, il essaye à plusieurs reprises de faire réintégrer le cotyle par la tête déplacée, toutes ces tentatives sont vaines.

Il est du reste impossible de sentir la cavité cotyloïde, séparée du doigt par des couches fibreuses épaisses. Il faudrait, pour s'assurer de son intégrité, faire une autre incision plus en dehors.

Mais il paraît préférable, pour ne pas prolonger une intervention déjà longue et laborieuse, de pratiquer l'ostéotomie.

Avec un large couteau de Mac Ewen, la lèvre extérieure de la plaie fortement réclinée, le trochanter est divisé vers son tiers inférieur à petits coups de maillet.

Le membre est alors ramené facilement dans sa position rectiligne normale, et, le pansement fait, placé dans une gouttière de Bonnet. L'opération avait duré 2 heures. La guérison se fit aseptiquement et sans incident notable.

L'opéré est sorti de l'hôpital le 1^{er} mars 1891.

Voici son état à ce moment :

Le membre opéré est dans la situation droite normale, avec une légère flexion sur le bassin. Il est raccourci de 4 centimètres. Le mouvement de flexion de la cuisse est limité à un angle d'environ 80°. Quand le malade veut s'asseoir, il le fait sans peine en s'appuyant sur la fesse droite, en allongeant le membre malade maintenu un peu fléchi.

Il peut s'habiller sans l'aide de personne, sauf pour mettre ses chaussettes.

Il se livre à de petits travaux, sans même se servir de canne, et il peut faire environ 1 kilom. sans arrêt et sans boiter.

Quand il a marché ainsi pendant environ un quart d'heure, une légère claudication se manifeste et s'accroît s'il persiste.

Mais s'il s'arrête et se repose quelques moments, il peut reprendre de nouveau sa course sans boiter. Grâce au raccourcissement et à la flexion légère, il ne fauche pas. Dans les premiers temps qui ont suivi la sortie de l'hôpital, il a éprouvé des douleurs très vives dans la région antérieure de la cuisse.

OBSERVATION XV

Luxation ovale de la hanche irréductible. — Arthrotomie, réduction de la luxation — (D^r Polaillon. — Bull. de la Soc. de chir., t. XI. 1883). — Observation résumée.

La tête primitivement située sur l'os iliaque, était descendue dans la fosse ovale, au cours des manœuvres de réduction et avait été laissée dans cette position. La luxation datait d'un mois.

Après plusieurs tentatives infructueuses de réduction par les moyens de douceur et de force, M. Polaillon, assisté de MM. Nepveu et Hennequin, se propose de faire la réduction, en mettant à nu la capsule articulaire et en détruisant les adhérences.

Les précautions antiseptiques les plus minutieuses ayant été employées et le malade étant chloroformisé, M. Polaillon incise les téguments dans l'étendue de 10 centimètres environ, à partir de l'épine iliaque antérieure et inférieure. L'aponévrose et les muscles sont coupés dans la même étendue, ce qui permet d'arriver à l'articulation coxo-fémorale. Le grand trochanter est fixé dans la cavité cotyloïde dont le bord supérieur est masqué par une épaisse couche de tissu fibreux. Cette couche s'étend entre le bord supérieur du col du fémur et la partie supérieure du sourcil cotyloïdien. Après avoir fait écarter les parties molles en dehors et en dedans avec des écarteurs, M. Polaillon conduit un bistouri le long de son doigt et sectionne cette couche fibreuse qui représente certainement la partie antérieure de la capsule articulaire. Il peut alors introduire l'index entre le col du fémur et le sourcil cotyloïdien jusque dans la cavité articulaire qui est libre.

Pendant que M. Polaillon agit directement sur le grand trochanter pour le repousser en dehors, M. Hennequin fait exécuter à la cuisse des mouvements propres à amener la réduction. Mais ces mouvements échouent. Les muscles qui s'insèrent au bord antérieur et à l'extrémité supérieure du grand trochanter semblent être l'obstacle à la réduction.

M. Polaillon détruit une partie de ces insertions en rasant l'os avec une rugine tranchante. Puis, avec une rugine mousse il isole autant que possible le col et la tête du fémur, des parties voisines.

Saisissant alors la cuisse, il la fléchit fortement sur l'abdomen, en même temps qu'il lui fait exécuter un mouvement de rotation en dedans, puis il ramène le membre dans l'extension. Pendant cette manœuvre la tête quitte la fosse ovale, pour aller se loger, en arrière de la cavité cotyloïde. Il suffit alors d'exercer une légère traction sur la jambe pour que la tête fémorale descende et tombe naturellement dans le cotyle. La luxation est réduite.

La plaie est soigneusement lavée avec de l'eau phéniquée pour la débarrasser du sang qu'elle contient et aussi des quelques fragments osseux, qui ont été rencontrés autour de la tête et du col déplacés. Suture métallique. Etablissement d'un gros drain dans la plaie. Pansement de Lister. Gouttière de Bonnet.

Suite de l'observation résumée. — Le malade, qui était alcoolique, ayant succombé quelques jours après l'opération, on trouva à l'autopsie la tête fémorale solidement fixée dans la cavité cotyloïde et il fallait faire effort pour l'en faire sortir.

OBSERVATION XVI

Luxation ovale ancienne datant de 19 mois. Résection

(Nicolaüs Ostermayer. — Wiener-Klinische Wochenschrift. 1894, p. 750-755)

Johann G..., âgé de 37 ans, mineur, est admis le 5 janvier 1893 dans la section de chirurgie de l'hôpital général St-Johann, à Budapest.

Il raconte que, dans la nuit du 25 juin 1891, il fut surpris par un éboulement dans une galerie. Un bloc de pierre, d'environ quatre mètres de long et deux mètres de haut, tomba d'une hauteur d'environ un mètre sur la terre éboulée qui emprisonnait son membre inférieur droit, et le fractura vers l'extrémité supérieure du fémur. Le bloc de pierre roula ensuite sur le tronc et le membre inférieur gauche.

Lorsqu'on le délivra, le membre inférieur gauche, que le blessé maintenait fléchi sur le bassin, présentait des mouvements de latéralité à droite et à gauche, mais ne pouvait pas être étendu. On tenta, mais sans succès, à l'hôpital de la mine, la réduction sous le chloroforme ; le membre gardait la même position qu'il avait après l'accident.

La fracture guérit avec un raccourcissement notable. Le membre gauche, qui fut soumis à l'extension pendant plusieurs semaines, ne présenta aucune amélioration ; il était immobilisé dans la position précédemment indiquée.

En octobre 1891, le malade essaya de marcher, mais il ressentit de violentes douleurs dans l'aîne et la cuisse du côté gauche, ce qui rendait la marche difficile.

Dans le courant de l'année 1892, il fut admis à la clinique universitaire de chirurgie de Budapest, où il fut de nouveau soumis pendant deux mois à l'extension. L'état du membre ne subit aucun changement, et il quitta la clinique sans être guéri.

La marche était difficile et douloureuse ; aux douleurs précédentes s'étaient ajoutées de violents élancements dans la région fessière ;

aussi le malade, étant complètement incapable de travailler, se présenta-t-il à l'hôpital Saint-Johann le 5 janvier 1893, où il fut admis.

Etat actuel. — On se trouve en présence d'un homme vigoureux, de taille moyenne, paraissant très bien portant. Dans la station debout, il s'appuie sur la jambe droite, tandis que la gauche, modérément fléchie, est en abduction et rotation externe.

Le genou est un peu fléchi. En avant, dans la région de l'aîne, il n'y a pas de plan résistant.

Dans le décubitus dorsal, le membre inférieur gauche est fléchi sur le bassin, en abduction et rotation externe, et complètement immobilisé dans cette position.

A la mensuration, on trouve 95 centimètres du côté gauche, et 86 centimètres du côté droit.

Le membre gauche est notablement atrophié.

La région trochantérienne gauche est aplatie. Le grand trochanter est profondément caché au milieu des muscles, et occupe une position un peu plus antérieure que normalement. La région fessière gauche est aplatie latéralement, et son diamètre transversal est un peu diminué.

Diagnostic. — Luxation ancienne traumatique et irréductible du fémur dans la fosse ovale. — Ankylose complète.

L'ancienneté de la lésion (19 mois), et l'immobilité absolue du membre, ne permettaient pas d'espérer la possibilité d'une réduction par la méthode sanglante.

Néanmoins je résolus de la tenter, et de ne faire la résection qu'en dernier lieu, si je n'arrivais pas à replacer la tête fémorale libérée dans la cavité cotyloïde préalablement nettoyée.

Opération le 21 janvier 1893. — Anesthésie au chloroforme. — Incision de Bidder (incision longitudinale immédiatement en arrière du grand trochanter), commençant en haut au-dessous de la crête iliaque, et descendant parallèlement au bord postérieur du grand trochanter jusqu'au dessous de sa base. Section du grand fessier.

Résection d'une lamelle osseuse, couverte de son périoste et des insertions fibreuses des muscles tout le long du grand trochanter.

Après avoir écarté les parties molles s'insérant sur le col et le grand trochanter (portions de la capsule épaissie et durcie, insertions musculaires), on arrive sur la moitié supérieure de la cavité cotyloïde. Dans sa moitié inférieure on trouve le sommet du trochanter, qui y est fixé par des adhérences calleuses. Après la section des néoformations, on libère, au bistouri avec beaucoup de précaution, le col. Cette partie libérée répondait à peu près à la longueur du col placé de front.

L'opération était, vu la profondeur de la plaie et l'étroitesse du champ opératoire, des plus difficiles. Les parties voisines étaient soit des os, soit des insertions musculaires difficiles à enlever

même à la rugine. On ne pouvait se servir des mouvements imprimés au fémur, pour se guider dans la recherche de la tête, puisque cette dernière était immobilisée. C'était à peine si je pouvais glisser mon doigt le long du col. Les contours de la tête n'existaient plus, elle était enveloppée de toutes parts par des productions osseuses, auxquelles elle adhérait.

Dans ces conditions, je renonçai à tenter la réduction, et résolus de faire la résection, que je pratiquai au ciseau et au maillet, au niveau de la partie supérieure du petit trochanter.

De quelques coups de marteau, je sectionne la plus grande partie du cylindre fémoral et je termine en le brisant. J'essaie d'extraire la portion réséquée à l'aide d'une forte pince à os, mais sans résultat, et je me décide à l'enlever en la morcelant au ciseau et au maillet. J'enlève facilement le grand trochanter, mais l'ablation du col et de la tête est très pénible à cause de l'exiguité du champ opératoire et de la profondeur de la plaie. Après plusieurs tentatives, j'arrive, non sans peine, à enlever le col, mais je ne pouvais trouver les limites de la tête.

Après de longues et inutiles recherches, je finis par trouver un point où je pus introduire un instrument que j'enfonçai avec force mais avec précaution, et je finis par détacher, non sans de grands efforts, la tête, qui avait abandonné une membrane fibreuse, lisse. Il existait une cavité, creusée aux dépens des bords de la fosse ovale, que de puissants ostéophytes détachés des parois osseuses rendaient encore plus profonde. Sa profondeur était telle qu'elle contenait la tête et une partie du col, en les emprisonnant si fortement que leur délimitation était très difficile, et leur immobilité absolue. L'ankylose était fibreuse.

La vraie cavité cotyloïde, dans laquelle reposait le sommet du grand trochanter était rétrécie par des ostéophytes de la partie supérieure et externe de son rebord.

De plus, la tête était un peu plus petite que normalement, bien qu'elle eût conservé sa forme. Son revêtement cartilagineux avait disparu, et elle était recouverte d'une membrane fibreuse.

Le col était aussi modifié; il faisait avec le cylindre diaphysaire un angle presque droit. Il paraissait raccourci.

J'approfondis alors avec le ciseau et le maillet l'extrémité supérieure de la partie restante du fémur, et après avoir enlevé la portion du rebord cotyloïdien, augmentée de volume et épaissie, qui débordait dans la cavité, j'introduisis l'extrémité fémorale dans la cavité. Puis je mis des drains dans la fausse cavité articulaire, les muscles et le périoste furent suturés au catgut, la peau fut réunie par des sutures à la soie. Pansement à la gaze iodoformée et au coton de bois. Le membre fut alors soumis à l'extension continue à l'aide de poids.

Le soir, le pansement est légèrement teinté de sang. On ajoute de l'ouate. Température, 38°3.

22 janvier. — T. matin, 37°5. Soir, 37°8. Etat général bon. Pas de douleurs.

29 janvier. — On change le pansement. On enlève le plus gros drain, qu'on remplace par un plus petit. Lorsqu'on enlève le drain central, il s'écoule environ une cuillerée à soupe d'un pus épais, crémeux. On lave la plaie, et on laisse écouler un liquide légèrement teinté de sang. On enlève quelques sutures. Les bords de l'incision sont réunis par première intention.

5 février. — Pas de fièvre. Pas de douleurs. On enlève le dernier drain.

7 février. — T. soir 38°1. On introduit un drain fin. Il s'écoule un liquide séro-purulent. Pansement quotidien.

8 février. — T. soir 37°4. A partir de ce jour, température normale. Diminution de la sécrétion.

12 février. — T. soir 38°5. Purgation.

13 février. — T. soir 37°7. A partir de ce moment, température normale.

15 février. — On enlève le drain. On introduit des bâtons d'iodoforme dans le trajet.

20 février. — La sécrétion diminue à la suite de l'introduction quotidienne de bâtons d'iodoforme.

Dans la région du grand trochanter, on sent des néo-formations osseuses en assez grande quantité.

Le malade s'assied sans difficulté sur son lit, et exécute sans douleurs de légers mouvements de rotation avec son membre réséqué. En faisant le pansement, on constate que les mouvements passifs ne sont pas douloureux.

21 février. — Injection, dans la fistule, de glycérine iodoformée. — La sécrétion est minime, plutôt aqueuse, séreuse. Le poids extenseur (8 kilogs) est réduit progressivement jusqu'à moitié (4 kilogs). Température normale.

26 février. — Exercice systématique du membre. — Mouvements actifs et passifs. — Le malade s'assied sans douleur sur son lit.

La flexion, l'abduction, l'adduction et même la rotation, faites d'une façon modérée, sont indolores. Ces mouvements sont faits par le malade lui-même.

Le poids extenseur est diminué (2 kil. 1/2).

Pansement. — Glycérine iodoformée.

28 février. — On enlève l'appareil extenseur. Mouvements actifs et passifs. Massage. Electricité. La fistule est guérie.

11 mars. — Sous l'influence de l'électricité, la force musculaire augmente.

14 mars. — Les premiers essais de marche avec deux béquilles

sont satisfaisants. Il n'y a pas la moindre douleur dans la nouvelle articulation de la hanche. Mais la face interne du condyle fémoral gauche est douloureuse, malgré l'absence de manifestation inflammatoire. On continue les exercices, les mouvements, le massage, l'électricité. Bains tièdes.

21 mars. — La force musculaire est augmentée. Le malade se tient debout sans appui. L'étendue des mouvements augmente. Le malade marche avec une béquille et une canne.

26 mars. — A la suite de furoncles, occasionnés par le massage à la vaseline, survient une adénite inguinale qui oblige le malade à garder le lit pendant trois jours. Vessie de glace. Rétrocession des phénomènes inflammatoires. Température soir, 38,5.

6 avril. — Température du soir oscille autour de 38°. Aujourd'hui, 39°,4. Frissons, fièvre.

7 avril. — La région trochantérienne au niveau de la cicatrice présente un gonflement diffus. Il existe à ce niveau deux points fluctuants. Incision. Ecoulement de plusieurs cuillerées de pus. Drainage de la plaie.

8 avril. — Temp. normale.

9 avril. — T. de nouveau 38°5.

12 avril. — T. 39°2. A la partie supérieure de la cicatrice, nouvel abcès. Incision. Drainage.

17 avril. — Temp. normale.

18 mai. — La formation des abcès n'a pas compromis les mouvements de la nouvelle articulation. Le malade descend deux étages avec l'aide de deux béquilles ou d'une béquille et d'un bâton et va se promener dans le jardin.

Les mouvements de l'articulation sont presque normaux. (Abduction, flexion, rotation, adduction, extension).

Une nouvelle adénite avait obligé le malade à garder le lit, il y a quelques jours. Au niveau de la cicatrice, il existe une petite fistule. Ganglions inguinaux du côté gauche douloureux.

Pas de douleurs dans la région articulaire.

Au commencement de juin, deux nouveaux abcès, au même niveau que les premiers, obligent le malade à garder le lit.

Le stylet explorateur ne conduit pas sur l'os; la suppuration devait provenir des parties molles. Les mouvements de la nouvelle articulation sont complètement indolores.

26 juin. — Le malade se promène de nouveau. Fistule complètement guérie. Cicatrice solide.

31 juillet. — Le malade se promène facilement avec une canne. Tous les mouvements de l'articulation sont libres et indolores. Les muscles du membre gauche ont gagné en force.

Le malade quitte le service.

CONCLUSIONS

Les luxations ovalaires de la hanche sont le plus souvent complètes.

Les lésions anatomiques présentent une grande analogie dans toutes les autopsies.

La lèvre antérieure de la déchirure capsulaire et l'appui solide que prend le grand trochanter sur le rebord cotyloïdien, limitent le déplacement de la tête en haut. Le ligament de Bertin est constamment conservé, et tendu au maximum. C'est sa tension qui détermine l'attitude si spéciale du membre. Le psoas également conservé et tendu, fait sangle à la face antérieure du col, et renforce dans une certaine mesure le ligament de Bertin ; mais son action, pour être évidente, n'en est pas moins secondaire. Dans la production et le maintien de l'attitude du membre, le ligament de Bertin et accessoirement le psoas semblent bien être les véritables agents en cause.

Les opinions si contradictoires, émises par les auteurs relativement aux modifications de longueur du membre dans la luxation ovale, sont dues probablement en partie à ce que les mensurations n'ont pas toujours été pratiquées dans les mêmes conditions. Ces modifications sont d'ailleurs accessoires ; elles accusent tantôt un raccourcissement plus ou moins marqué, tantôt un léger allongement, suivant que le membre luxé est plus ou moins relevé en haut et en dehors.

Parmi toutes les variétés de luxations de la hanche, la

variété ovulaire est une de celles, qui comportent le pronostic le plus fâcheux, lorsqu'elles restent abandonnées à elles-mêmes. En raison de l'infirmité considérable qu'elles occasionnent, dans la majorité des cas, les luxations ovalaires irréductibles sont justiciables d'une intervention sanglante.

Si la luxation, restée irréductible malgré l'emploi des procédés de douceur et de force, est récente, ou ne date que de quelques semaines, l'arthrotomie, pratiquée dans les conditions voulues pour lever les obstacles, pourra permettre d'obtenir la réduction. Si la luxation est plus ancienne, le procédé de choix sera la résection de la tête du fémur avec réintégration du col dans la cavité cotyloïde, préalablement libérée, ou reconstituée. Dans les cas relativement rares où, par suite de lésions trop avancées, ce procédé serait inapplicable, il faudrait s'en tenir à la résection de la tête. On pourra aussi, dans certains cas de luxations très anciennes, avoir recours aux différents procédés d'ostéotomie, d'ostéoclasie ou de résection de l'extrémité supérieure du fémur. Ces procédés opératoires donneront encore des résultats fort acceptables.

Vu : Bon à imprimer
Le Président de la thèse,
TILLAUX.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BERGSTRÖM. — Un cas de luxation sous-pubienne. Duodecim Helsingia, 1889. V. 233.
- BIGELOW. — Mechanism of dislocation of the hip. (Philadelphie, 1869).
- BIGELOW. — Lancet, 1878, T. I.
- O. BLOCH. — Revue d'orthopédie, fasc. 3. 1890.
- BOUILLY. — Manuel de pathologie externe. Congrès de Chirurgie, 1886, p. 318.
- BOYER. — Traité des Maladies Chirurgicales, T. III, 1845.
- BRAÜN. — Arch. für Chirurgie., 1891, p. 109.
- BROWN. — Un reduced luxation, of the hip into the foramen ovale. Brit. med. Journ. n° 1, p. 690.
- BRYANT. — Dislocation of right femur into. foramen ovale in a girl aged 14. Med. Time and Gazette. 1^{er} nov. 1875, t. II, p. 496.
- CHAUVEL. — Luxation obturatrice. Revue de médecine et de chirurgie militaire, janv. 1869, p. 55.
- CHÉLIUS. — Traité de chirurgie. Trad. Piqué. I. 389.
- CHOPARD. — Fracture du bassin simulant une luxation dans la fosse obturatrice. Gaz. des hôpitaux, 21 Déc. 1882.
- A. COOPER. — Œuvres chirurgicales. Luxations. Trad. Chassaignac-Richelot, 1837, p. 18. Luxation ovalaire ancienne. Autopsie.
- MAC CORMAC. — St-Thomas. Hosp. Rep., t. IX, 1878, et Bull. de la Société de chirurgie, 1883, p. 103.
- DESPRÈS. — Luxation ovalaire ancienne de la hanche. Réduction. Guérison. Société de chirurgie, 1879, p. 142.
- DUBOUÉ. — Bulletin de la Société anatomique (1859). Luxation ovalaire, récente, complète. Autopsie.

- FISCHER. — Un cas de luxation en arrière du pénis. *Lancet*. London, 1895.
- FRÉTIN. — Th. de Paris, 1887. De l'intervention chirurgicale dans les luxations anciennes de la hanche.
- GERDY. — *Archives générales de médecine*, 1834, t. VI, p. 153.
- GILLET. — Luxation coxo-fémorale gauche. Variété ovale. *Union Médicale*, n° 88, 1873.
- GUYON. — Luxation ovale. Réduction faite sous le chloroforme par la méthode de douceur. 22 août 1874. *France médicale*.
- HAMILTON. — *Traité des Luxations*.
- HARRIS. — Traitement chirurgical des luxations anciennes de la hanche (*Annals of Surgery*, XX, n° 3, 1894).
- HENRY. — Observation de luxation du fémur sous-pubienne datant de 36 jours. Réduction. *American Journal*, janv. 1878, p. 134.
- HOLMÈS. — On dislocation of the hip. into the obturator foramen. *Med. Times and Gaz.*, vol. II, p. 455. 1877.
- HOWLET. — Luxation périnéale. *Med. Tim.* Vol. I, p. 347.
- JALAGUIER. — Ancienne luxation obturatrice. Ostéotomie sous-trochantérienne. Guérison. *Bulletin de la Soc de Chir.* 1892, p. 580.
- KIRMISSON. — *Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1892.
- KUMMER. — *Revue d'orthopédie*. Paris, 1891. Luxation ovale récente.
- LANE. — *Semaine médicale*, 1893.
- Carl. LAUENSTEIN. — *Centralblatt für Chirurgie*. 1889, p. 169, n° 10. Luxation ovale récente.
- LE DENTU. — *Bull. méd.*, 24 oct. 1894.
- LE DENTU et DELBET. — *Traité de chirurgie*.
- LIBER. — Th. de Paris, Mai 1891. Traitement des luxations de la hanche en avant.
- MALGAIGNE. — *Traité des luxations*.
- MALGAIGNE. — *Gazette médicale*, 1836.
- MARGARY. — *Archivio di Orthopedia*, 1884.
- MOREAU. — *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, t. II, p. 158. Luxation ovale ancienne. Autopsie.
- MOUEZY. — Th. de Paris, 1896. Traitement des luxations de la hanche en avant.
- Ch. NÉLATON. — *Traité de Chirurgie (Art. Luxation)*.
- Ch. NÉLATON. — *Archives générales de Médecine*, 1889.

- CH. NÉLATON. — Bulletin de la Soc. de chir., 1890.
- NICOLADONI. — Wiener medical Wochenschrift, 1887.
- NOTTA. — Soc. de chir., 25 nov. 1874. Réduction d'une luxation ovale, par un procédé mixte.
- OSTERMAYER. — Luxation obturatrice. Wiener Klinische Wochenschrift, 1894, p. 750-795. Luxation ancienne (19 mois). Résection.
- PACI. — Bulletin Médical, 1887, p. 221.
- PARMENTIER. — Bulletin de la Soc. Anat., 1854. Luxation ovale. Autopsie.
- POINSOT. — Revue de Chir., 1887, p. 1004.
- POLAILLON. — Luxation ovale réduite à la suite de l'arthrotomie. Bulletin de la Soc. de Chir., 1883, T. IX, p. 107.
- POLAILLON. — Statistique et Observations de Chirurgie hospitalière. T. I.
- PONCET. — Revue d'orthopédie, 1890.
- POULET. — Luxation ovale ancienne. Production d'une nouvelle cavité cotyloïde dans la fosse ovale. Ankylose (Bull. et mém. de la Soc. de Ch., T. XI, p. 90).
- QUÉNU. — Rev. de Chir. 1887, p. 1004.
- RICARD. — Bull. de la Soc. de chir. 1890.
- RIEDINGER. — Ueber luxatio perinealis. Münchn. méd. Wochenschr., 1892, n° 33.
- RIVINGTON. — The Lancet, 1878, vol. II, p. 321.
- SÉDILLOT. — Luxation traumatique sous-pubienne du fémur avec conservation des usages du membre. Gaz. des hôpitaux, 1861.
- SEVEREANU. — Congrès français de chirurgie. 1886.
- SCHINZINGER. — Wiener medical Presse, 1880, N° 7. Luxation ovale récente. Autopsie.
- SCHÖMANN. — Ein. Fall. von Luxatio obturatoria. Ges. Beitr. a. d. Geb. d. Chir. a. Leben Wiesbaden, 1893, 223-228.
- SOURDILLE. — Bulletin de la Soc. anat., mai 1895. Luxation ovale récente. Autopsie.
- STANSKI. — Bull. de la Soc. anat., 1837. Luxation ovale ancienne. Autopsie.
- SYDNEY. — Lancet, 1884, t. II, p. 870.
- TAYLOR. — The Lancet, vol. I, p. 732.
- TERRIER. — Revue d'orthopédie, 1892.

- THIÉRY. — Du traitement des luxations anciennes en particulier par la méthode sanglante. *Gaz. des hôpitaux*, Paris, 1891.
- TILLAUX. — Bulletin de la Soc. de chir., 1868.
- TILLAUX. — Recherches expérimentales sur les luxations de la hanche. 1876.
- TILLAUX. — Luxation obturatrice. *Revue d'orthopédie*, 1893.
- TILLAUX. — Médecine moderne 1893, 13 Août. Luxation ischiatique incomplète. — Autopsie.
- TILLAUX. — Traité de clinique chirurgicale.
- TILLAUX. — Traité d'anatomie topographique.
- TRÉLAT. — Semaine médicale, 1885.
- TRÉLAT. — Cliniques chirurgicales, t. I, p. 365.
- TREUB. — Zur. Casuistik, and diagnostic de luxatio obturatoria-femoris. *Centralblatt fur Chir.*, n° 45. 1882.
- VAUTRIN. — De l'intervention opératoire dans les luxations de la hanche.
- VECELLI. — Luxation ovale réduite par arthrotomie. *Archivio di orthopodia*, 1887.
- VERHAEGE. — Revue médico-chirurgicale, t. X, p. 146. Luxation ovale récente. Autopsie.
- VERNEUIL. — Congrès de Chirurgie, 1886, p. 318. Ostéoclasie.
- VILLENEUVE (de Marseille). — Luxation sous-pubienne de la hanche. Ostéotomie intra-trochantérienne. *Rev. d'orthopédie*, 1892.
- VOLKMANN. — Berlin Klin. Wochenschrift, p. 357, 1877, et Bull. de la Soc. de chir. 1883, p. 100.

